BEITRÄGE

ZUR

DIURETISCHEN UND DIAPHORETISCHEN BEHANDLUNG

DER

PARENCHYMATÖSEN NEPHRITIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

BEHUFS

ERLANGUNG DES DOCTORGRADES DER HOHEN MEDIC. FACULTÄT

ZU BASEL

VORGELEGT VON

EUGEN BISCHOFF

GEPRÜFTER ARZT AUS BASEL

GENEHMIGT AUF ANTRAG DES HERRN PROF. DR. H. IMMERMANN.

BASEL.

SCHULTZE'SCHE UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI.

(L. REINHARDT)

1882.

BEITRÄGE

ZUR

DIURETISCHEN UND DIAPHORETISCHEN BEHANDLUNG

DER

PARENCHYMATÖSEN NEPHRITIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

BEHUFS

ERLANGUNG DES DOCTORGRADES DER HOHEN MEDIC. FACULTÄT

ZU BASEL

VORGELEGT VON

EUGEN BISCHOFF

GEPRÜFTER ARZT AUS BASEL.

GENEHMIGT AUF ANTRAG DES HERRN PROF. DR. H. IMMERMANN

BASEL.

SCHULTZE'SCHE UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI.

(L. REINHARDT)

1882.

Meinem verehrten Freunde

HERRN DR. ROBERT FIECHTER,

Privatdocent in Basel,

in Hochachtung und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Herrn Prof. Dr. **H. Immermann** *spreche ich hiemit für die Ueberlassung des Materials, als auch für seine sonstige Hülfe meinen besten Dank aus.*

Einleitung.

Es ist ein unbestreitbarer Vorzug der neueren Medicin, dass sie sich mit den gesammten Naturwissenschaften aus den Klammern einer deductiven Philosophie auf das freie Feld der exacten inductiven Forschung gerettet hat. Wir verschwenden heutzutage Zeit und Geist nicht mehr daran, unsere Krankheitsfälle bestimmten Axiomen anzupassen, sondern begrüssen jeden kranken Menschen als ein Object wissenschaftlicher Forschung und Beobachtung, ohne dabei in der Ausführung zu vergessen, dass wir es mit dem Genus humanum zu thun haben. Von den einzeln registrirten Beobachtungen stellen wir diejenigen mit gleichen Erscheinungen in Categorien zusammen, suchen nach den Ursachen der Unterschiede, und gelangen so zu einer bestimmten Einsicht in den Zusammenhang der Vorgänge.

Wir sprechen diese Einsicht in Form eines Schlusses aus, der kein Axiom ist und nicht ewig, sondern nur so lange Geltung haben darf, als er nicht durch andere Beobachtungsresultate modificirt oder als unrichtig erkannt worden ist.

Diese Grundsätze der Forschung und Beobachtung sollen nicht nur bei Fragen über Aetiologie und Symptomatologie der Krankheiten, sondern auch bei Untersuchungen über die Erfolge gewisser Heilmethoden und Heilmittel massgebend sein. Mit Vortheil verbinden und ergänzen sich das hiefür speciell angestellte exacte Experiment (an Mensch oder Thier) und die therapeutische Statistik, als eine Zusammenstellung von weniger präcisen, aber um so zahlreicheren Einzelexperimenten am Krankenbette, als welche wir die Darreichung

von Arzneimitteln und die Application von physikalischen Agentien zu Heilzwecken betrachten. — Wo aber Thierexperimente, welche in vielen Fragen die reinsten Resultate ergeben, wegen Ungleichheit der Bedingungen, oder aus andern Gründen für therapeutische Indicationen bei Menschen nicht zu verwerthen sind, da muss die Statistik, um nicht ein »mensonge en chiffre« zu sein, desto sorgfältiger zu Werke gehen. Sie soll nur Sicheres und annähernd Gleichartiges addiren, und dasselbe dem Ungleichartigen entgegenstellen; nie aber etwas Unsicheres aufnehmen oder gar mit Unsicherem vereinigen und so, wie es hie und da geschieht, aus 10 vielleicht halbrichtigen, möglicherweise auch halbfalschen Ergebnisssn fünf ganze Wahrheiten machen wollen. Wo endlich die gefundenen Thatsachen zur Erklärung nicht ausreichen und befriedigen, da mag die Hypothese vorrücken; ihren hohen Werth erkennen wir mit Henle[1]) an, welcher sagt, dass der Tag der letzten Hypothese auch der letzte Tag der Forschung sein würde. Sie ist ein pfadsuchender und oft auch pfadfindender Ausspäher, dem die exacte Forschung noch als gros de l'armée nachfolgen muss, um den Kampf aufzunehmen und zum Austrag zu bringen.

Dieses sind die leitenden Principien der nachfolgenden Arbeit gewesen.

Unsere Aufgabe.

Bereits im Jahre 1874 hat Herr S. Hoffmann eine Dissertationsschrift: »Beiträge zur Therapie der genuinen parenchymatösen Nephritis« veröffentlicht. Er kommt darin mit Benutzung des Materials der medicinischen Abtheilung des basler Spitales zu dem Schluss: »**es sei die Prognose der genuinen parenchymatösen Nephritis, vorausgesetzt, dass die Kranken rechtzeitig in eine passende Behandlung treten, bei Weitem nicht so ungünstig, als dies nach den Angaben der meisten Lehrbücher der Fall sein soll.**« Die Behandlung bestand wesentlich in Verabreichung von Tannin, in methodischer Diurese durch Zufuhr grosser Mengen warmen Wassers und Milch, unterstützt durch Verab-

reichung von Kali aceticum, zuweilen auch von Digitalis; ferner in anderen Fällen in methodischem Schwitzen allein oder in Verbindung mit Diurese. In besonderen Fällen endlich wurden auch noch Drastica zur Ableitung auf den Darm angewendet. In der Regel kam ein aus obigen Mitteln combinirtes Verfahren in Anwendung, je nachdem es die am meisten prägnanten Symptome erforderten. Den Krankengeschichten, welche den Erfolg der Behandlung illustriren, sind ausführliche klinische und diagnostische Vorbemerkungen und therapeutische Folgerungen vorangestellt, welche wir als bekannt voraussetzen, da sie die Grundsätze enthalten, welche an der medicinischen Klinik des Herrn Professor Immermann Geltung haben.

Es lag nun nahe zu untersuchen, wie dieselbe Therapie, die vorwiegend eine diuretische und diaphoretische genannt werden darf, sich nicht nur bei der genuinen, sondern bei allen Formen der parenchymatösen Nephritis bewähre und an der Hand eines grössern Materiales eine Statistik der Resultate zu geben, zumal Zahlenangaben über diesen Gegenstand bis jetzt unseres Wissens fehlen. Es müssen über die Erfolge einer bestimmten Behandlungsmethode einmal genauere Angaben veröffentlicht werden, damit andere mit denselben verglichen werden können.

Sichtung des Materiales.

Das gemeinsame Symptom der meisten, wo nicht aller Nierenentzündungen ist Eiweissgehalt des Urines. Bright, der zuerst, auf die Häufigkeit und Wichtigkeit dieser Erscheinung aufmerksam gemacht hatte, war ferner der Ansicht, dass jeder Albuminurie ein entzündlicher Process in den Nieren zu Grunde liege. Beobachtungen späterer Forscher haben jedoch gezeigt, dass die Begriffe Albuminurie und Morb. Brighti (im Sinn von Nephritis) sich nicht ganz decken, dass namentlich Eiweissgehalt des Urines auch bestehen kann, ohne dass in den Nieren entzündliche Veränderungen ge-

funden werden, so beispielsweise bei einfacher venöser Stauung. Im Weitern ist dann aber durch Bartels[2]) der Nachweis versucht worden, dass unter dem Namen Morb. Brighti mindestens zwei verschiedene Krankheitsprocesse zusammengeworfen seien, von welchen der eine vorzugsweise in den Epithelien der Harnkanälchen, der andere im interstitiellen Gewebe verlaufe. — Processe, die zwar eventuell nebeneinander vorkommen können, nie aber auseinander sich entwickeln, demnach auch nicht als Stadien ein und derselben Krankheit, sondern als wesentlich verschiedene Krankheiten anzusehen seien.

Bartels unterschied daher innerhalb des Rahmens des bisherigen Morb. Brighti als selbständige Erkrankungsformen eine parenchymatöse und eine interstitielle Nephritis und theilte die erstere nach ihrem klinischen Verlauf wieder in eine acute und chronische ein.

Obwohl nun die Anschauungen von Bartels in der Folge (s. weiter unten) bekanntlich schwer wiegende Opposition erfahren haben und auch wir dieselben nicht durchwegs acceptiren, so schliessen wir uns trotzdem bei der Classification unseres Materiales seiner Eintheilung für die genuinen Formen im Gröbern an. Den genuinen Formen lassen wir dann die im Verlauf anderer Krankheiten vorkommenden Fälle von parenchymatöser Nephritis als nicht genuine oder complicatorische folgen. Unsere specielle Diagnose stützt sich sowohl auf den klinischen Verlauf, als auch auf den anatomischen Befund bei eingetretenen Todesfällen, von welchen letzteren ausführliche Sectionsberichte nach dem Dictate des obducirenden pathologischen Anatomen, Herrn Prof. Dr. Roth, vorliegen. Im Einzelnen kamen namentlich folgende Punkte in Betracht; für die Diagnose **acute oder subacute parenchymatöser Nephritis** verlangten wir klinisch: plötzlichen oder nachweislich schnellen Beginn der Störung, erhebliche Verminderung der Urinsecretion, starke Albuminurie, zahlreiche körnige oder hyaline Cylinder und körnig zerfallende Epithelien im Urin, sowie Nachweis von rothen und weissen Blutkörperchen; dazu in vielen Fällen hydropische Erscheinungen von schneller Entwicklung, ansehnlicher Intensität und verschiedener Dauer; ferner eventuell auch leichtere oder

schwerere urämische Symptome; Gesammtdauer relativ kurz, jedenfalls nicht über 6 Monate; Ausgang häufig Genesung, seltener Tod, am seltensten Uebergang in die chronische Form. Anatomisch verlangten wir bei den lethal verlaufenden Fällen in den Sectionsprotocollen: Vergrösserung der Nieren, leichte Löslichkeit der Kapsel, glatte Oberfläche, Hyperämie der Schnittfläche, auf welcher in der Rindensubstanz zahlreiche rothe Punkte (die vergrösserten Glomeruli oder die mit Blut erfüllten Kapselräume) in den Pyramiden deutliche Streifung (Gefässe neben den mit Harncylindern erfüllten Sammelröhren) sichtbar sind.

Als klinische Criterien einer **chronischen parenchymatösen Nephritis** sahen wir an: Beginn meist schleichend, nur zuweilen deutlich marquirt und dann das Leiden aus der acuten Form direct hervorgehend; Verlauf protrahirt, gewöhnlich mit Exacerbationen und Remissionen; während der ersteren: deutliche Verminderung der Urinmenge mit stärkerer Albuminurie, vielen hyalinen und körnigen Cylindern, abgestossenen Epithelien und zuweilen auch mit vereinzelten rothen und weissen Blutkörperchen; während der Remissionen: eine grössere Menge eines nur wenig Eiweiss führenden, mit spärlichen Formelementen versehenen Urins. Hydrops gewöhnlich vorhanden, aber gleichfalls exacerbirend und remittirend (oder intermittirend); leichtere oder schwerere urämische Symptome während der Exacerbationen häufig; relatives Wohlbefinden während der Remission. Gesammtdauer meist 1—3 Jahre, selten darüber. Ausgang in Genesung selten. Tod meist unter hochgradigem Hydrops durch Erschöpfung oder auch in Folge der auftretenden Complicationen von Seiten der Respirationsorgane. Bei der Section: Vergrösserte weiche Nieren; Kapsel im allgemeinen leicht trennbar, nur hie und da vielleicht etwas fester adhärent, die breite Rindensubstanz blass, gelblich-weiss; die Marksubstanz hyperämisch. In vielen Fällen bereits stellenweise einfache Atrophie der Nierensubstanz ohne interstitielle Wucherung; seltener strichweise partielle ächte Schrumpfung (durch eingetretene Bindegewebshyperplasie bedingt). Als **reine interstitielle Nephritis** wurden klinisch diagnosticirt: Fälle von völlig latentem Beginne und augenscheinlich sehr

protrahirtem Verlauf, bei denen linksseitige Herzhypertrophie (ohne Klappenfehler und sonstigen zureichenden Grund) bestand, und eine vorgenommene Urinuntersuchung zugleich Vermehrung der Harnmenge und Albuminurie mässigen Grades nachwies. Fast immer existirten übrigens in eben diesen Fällen auch Symptome, die von vornherein den Verdacht auf leichtere oder schwerere Urämie erwecken mussten (habitueller Kopfschmerz, wiederkehrendes Erbrechen — pseudoepileptische Anfälle, Coma). Die Diagnose einer parenchymatösen Entzündungsform erschien bei dem angeführten Krankheitsbilde, besonders da mit Wahrscheinlichkeit ausschliessbar, wo selbst nach längerer Beobachtungszeit die wiederholte Untersuchung des reichlich gelassenen Eiweissharnes keine oder doch nur äusserst spärliche Formelemente ergeben hatte. Als weitere mehr oder minder werthvolle Merkmale für Schrumpfniere galt uns noch: fehlender oder doch nur mässiger, erst gegen das Lebensende hin zunehmender Hydrops, der etwaige Eintritt von Apoplexien mit lethalem Ausgang oder mit Hinterlassung von motorischen Lähmungen. Für die Leichendiagnose der interstitiellen Nephritis endlich wurde gefordert: Das bekannte Bild der Schrumpfniere; erhebliche Verkleinerung beider Organe, granulirte Oberfläche, festere Adhärenz der Kapsel, Schwund des Parenchyms, namentlich der Rinde; deutlich erkennbare Schwielenbildung auf dem ganzen Querschnitt u. s. w.

Bei den nicht genuinen, sondern im Zusammenhang mit andern Krankheiten auftretenden Nierenentzündungen, stellten wir für die Diagnose ungefähr dieselben Anforderungen, wie für die genuine parenchymatöse Nephritis, wobei freilich zu bemerken ist, dass die Symptome durch das begleitende Leiden einigermassen modificirt werden. Bei Typhus, Scharlach, Erysipel etc. handelte es sich meist um die acute Form, bei Emphysem und Herzfehler dagegen immer um die chronische Form der parenchymatösen Nephritis.

Diese Eintheilung folgt, wie schon angedeutet, im Ganzen derjenigen von Bartels,[2]) obschon diese letztere die wahren Verhältnisse vielleicht etwas zu sehr schematisirt, und darum wohl manche zum Theil auch wohl berechtigte Einwendungen neuerdings erlebt hat.

So hat Leyden[3]) nachzuweisen gesucht, dass die Nieren bei Scharlachnephritis bald interstitielle, bald parenchymatöse, bald nur capsuläre Veränderungen zeigen. Er ist der Ansicht, dass es sich bei interstitieller und parenchymatöser Nephritis nicht um fundamentale Verschiedenheiten, sondern nur um Differenzen der Intensität, um Varietäten und Stadien ein und desselben Processes sich handle, und schlägt für beide Formen den gemeinschaftlichen Namen »**Diffuse Nephritis**« vor.

Auch Gravitz und O. Israel[4]), welche durch Abklemmung der Nierenarterien hämorrhagische Nephritis erlangten und daraus bald parenchymatöse, bald interstitielle Processe sich entwickeln sahen, sprechen sich gegen den Dualismus aus.

Derselben Ansicht pflichtet auch Karl Weigert[5]) bei.

E. Wagner[6]) anerkennt zunächst einen acuten und einen chonischen Morbus Brighti, theilt diese beiden Formen aber in verschiedene Unterarten ein. Von der ersten Form zählt er 4 Unterarten auf, nämlich:

a) eine hämorrhagisch catarrhalische Form;

b) eine hämorrhagisch catarrhalische und zugleich interstitielle Form;

c) eine acute, mässig grosse, blasse Niere;

d) eine acute lymphomatöse Niere,

und illustrirt diese Eintheilung durch 70 Fälle der Leipziger Klinik.

Von chronischem Morb. Brighti zählt er nur 3 Formen auf:

a) Die vergrösserte, total diffus kranke Niere.

b) Nieren, welche aus ältern atrophischen Stellen und aus frisch entzündetem Gewebe bestehen, undeutlich granulirt oder glatt sind.

c) Gewöhnliche granulirte Niere (Schrumpfniere).*)

Ein ganz anderes Licht ist über die Differenz, resp. über den Zusammenhang der einzelnen Formen der Nephritis verbreitet worden durch die Arbeiten von Klebs, Pon-

*) Ich muss beim Niederschreiben dieser Eintheilung offen gestehen, dass es mir schwer wurde, unsere Fälle in die zahlreichen Rubriken einzuregistriren.

fik, Langhans und Ribbert, welche die **Glomerulonephritis** genauer studirt und in ihrer Bedeutung richtig gewürdigt haben. Während Bartels die wesentlichen Veränderungen bei der parenchymatösen Nephritis noch in den Epithelien und Harncanälchen suchte, welche er durch Einlagerung körniger Massen getrübt, in spätern Stadien zerfallen und abgestossen fand, ist durch die obengenannten Forscher das Hauptaugenmerk auf die Veränderung der Glomeruli und deren Kapsel gerichtet worden.

Klebs[7]) fand bei Scharlach die Hohlräume der Kapsel mit kleinen polygonalen Zellen ausgefüllt, und führte diesen Befund, welchen er Glomerulonephritis nannte, auf eine Wucherung des interstitiellen Gewebes zurück.

Langhans[8]) beschreibt die Glomerulonephritis als einen Catarrh mit Desquamation der Epithelien der Gefässknäuel und Vermehrung der Kerne in der Kapillarwandung.

Ihm gegenüber weist Ribbert[9]) nach, dass bei der Glomerulonephritis eine Capillarkernwucherung nicht stattfinde, da die Capillarwandung kernlos sei. Die Glomerulonephritis besteht nach ihm in einer »**Schwellung und Abstossung der Epithelien der Knäuel und der Kapsel mit einer mehr oder weniger erheblichen Ansammlung der Epithelien im Kapselraum.**« Diese Affection, bisher nur bei Scharlach beobachtet, findet sich nach ihm auch in Fällen von Albuminurie durch venöse Stauung und durch Harnstauung (nach Unterbindung der Uretheren) und **als einleitender Process bei jeder diffusen Nephritis,** möge dieselbe nun durch Intoxication mit Phosphor, Canthariden, Carbolsäure, Strychnin und andern Giften, durch Infection mit einem Krankheitsstoffe, durch Phthise, Alkoholismus, oder eine andere Cachexie hervorgerufen, oder als genuine Nephritis quasi von selbst entstanden sein. Seine Behauptung sucht Ribbert durch Experimente am Thier, wobei Vergiftung mit Phosphor und Carbolsäure, sowie zeitweilige Abklemmung der Nierenarterie vorkamen, zu beweisen; ebenso durch Untersuchung menschlicher Nieren von den verschiedenen Formen der Nierenentzündung herrührend. Die Ursache der Glomerulonephritis könne, behauptet er, keine mechanische sein, sondern liege in einer ungenügenden Ernährung der schon an sich unter ungünstigen Ernährungs-

verhältnissen stehenden Capillarwandungen und sei in letzter Linie in einer Blutveränderung zu suchen. Leicht verständlich sei daher das Auftreten der Glomerulonephritis bei Infectionskrankheiten, bei schweren Pneumonien, bei perniciöser Anämie, bei Malariacachexie, bei Alkoholismus und allgemeinen Ernährungsstörungen. Auch der Umstand, dass immer beide Nieren gleichzeitig ergriffen seien, spreche gegen eine locale und für eine im Blut liegende Ursache. Für eine Affection der Nerven als Ursache der Nephritis fehle endlich jeder feste Anhaltspunkt.

Vom Glomerulus aus schreitet, nach Ribbert, die Entzündung auf das übrige Parenchym fort. Wenn man nun bei einer secundär geschrumpften Niere in den Kapseln wenig oder kein Epithel mehr finde und eine vorausgegangene Glomerulonephritis auszuschliessen sich berechtigt glaube, so sei dieser Befund so zu erklären, dass die am Anfang des Processes gewucherten Epithelien der Kapsel abgestossen und keine neuen mehr gebildet worden seien. Der Anfang der Krankheit sei immer Glomerulonephritis, von welcher aus erst das Uebrige ergriffen werde; dabei sei dreierlei möglich: entweder leidet **allein** das Harnkanälchenepithel, oder **allein** das interstitielle Bindegewebe oder **alle beide** zugleich.

Indem wir die Frage, ob eine jede Entzündungsform der Nieren aus der Glomerulonephritis hervorgehe, unsererseits für noch nicht völlig abgeschlossen erklären, glauben wir doch in soweit den genannten Autoren, namentlich Ribbert beipflichten zu können, als auch wir die parenchymatöse und die interstitielle Entzündung für ätiologisch und pathogenetisch eng verbundene Processe ansehen. Für diese Auffassung spricht vor allem der Umstand, dass zwar der Leichenbefund in nicht wenigen Fällen nur das eine **oder** das andere Bild uns liefert, dass aber gar nicht allzu selten (vergl. oben) auch notorisch wahre Mischformen angetroffen werden. Es lässt sich ferner sehr wohl annehmen, dass dieselben Noxen, welche überhaupt im Stande sind, als Entzündungsreize auf die Nieren zu wirken, sowohl im Stroma wie im Parenchym dieser Organe entzündliche Veränderungen anzuregen vermochten. Es mag dann sein, dass, weil die Ausscheidung

dieser Noxen wohl vornehmlich in den Glomerulis erfolgt, das erste pathologische Product derselben in der Regel eine Glomerulonephritis ist, dass in der Folge aber der entzündliche Process von seinem natürlichen Ausgangspunkte aus nach verschiedenen Richtungen hin und in verschiedene hystologische Formationen hinein sich ausbreiten kann.

In dem einen Falle reiht sich z. B. an die Glomerulonephritis eine albuminöse Trübung, fettige Degeneration und Abstossung der zerstörten Harnkanälchenepithelien an und wir haben das Bild der reinen parenchymatösen Nephritis. Im andern Falle folgt der Epithelwucherung in den Kapseln eine zellige Infiltration in deren Umgebung mit nachfolgender bindegewebiger Umwandlung und narbiger Constriction und es resultirt die interstitielle Nephritis mit Ausgang in Schrumpfniere. In einem dritten Falle endlich haben wir die Erscheinungen der parenchymatösen und interstitiellen Nephritis nebeneinander.

Wenn nun aber auch ziemlich häufig Bindegewebsneubildung und parenchymatöse Degeneration sich nebeneinander vorfinden und sogenannte gemischte Formen von Nephritis erzeugen, so zeigt sich doch in einer jeden solchen chronisch entzündeten Niere, die bei der Section zu Gesicht kommt, bald die parenchymatöse Degeneration, bald die interstitielle Infiltration und Schrumpfung als die **vorherrschende** Veränderung. Demnach ist es für practisch-therapeutische Zwecke, wie wir sie hier in unserer Arbeit verfolgen, im Ganzen genügend an der Eintheilung in eine parenchymatöse und eine interstitielle Entzündungsform nach Bartels festzuhalten, im Bereiche der ersteren aber die bereits erwähnten Unterarten (genuine und nicht genuine — acute und chronische Form) zu statuiren.

Gehen wir nunmehr direct zu unserm Beobachtungsmaterial über.

Zur Benutzung lagen vor die Krankengeschichten der medicinischen Abtheilung des basler Spitales vom Jahr 1874 bis Mitte 1881. Die Summe aller verwerthbaren Fälle von parenchymatöser Nephritis beträgt 158. Davon betreffen:

I. Genuine Fälle 83

acute und subacute parenchymatöse Nephritis 45 (Tab. A. B.)
chronische parenchymatöse Nephritis . 38 (Tab. C.)

II. Nicht genuine Fälle (complicatorische) 75

parenchymatöse Nephritis complicirt mit:

Lungenemphysem und Herzfehler . .	11 (Tab. D.)
Pneumonie und Pleuritis	4 (Tab. E.)
Typhus abdominalis	26 (Tab. F.)
Scharlach	20 (Tab. G.)
Diphtheritis	4 (Tab. H.)
Erysipel	6 (Tab. I)
puerperalen Processen	4 (Tab. K.)
Summa	158

Wenn oben gesagt wurde, die Summe aller verwerthbaren Fälle von parenchymatöser Nephritis, aus dem besagten Zeitraume betrage 158, so ist hier beizufügen, dass erstlich nicht verwendet wurden solche Fälle, in denen der Patient moribund auf die Abtheilung kam und am gleichen Tage oder doch den folgenden Tag starb, so dass an eine Behandlung nicht mehr zu denken war; — sodann zweitens solche Fälle, bei welchen aus andern Gründen eine speciell auf das Nierenleiden gerichtete Therapie nicht stattgefunden hatte. Die Zahl der Fälle beider Categorien ist gering und ändert an dem vorliegenden Resultate nichts, da wir nur zu untersuchen haben, was etwa auf Rechnung der hier befolgten Behandlungsmethode fällt. Selbstverständlich wurden die Fälle von ausgesprochener interstitieller Nephritis nicht mitgezählt, da die Therapie bei diesen von ganz andern Gesichtspunkten geleitet wird.

Theorie der Wirkung der diaphoretischen und diuretischen Behandlung.

Zwei Cardinalsymptome sind es, welche das klinische Bild der parenchymatösen Nephritis beherrschen: die **Albuminurie** und die **Verminderung der Urinsecretion.** An beiden sucht eine rationelle Therapie ihre Hebel einzusetzen. Beschäftigen wir uns zuerst mit der Albuminurie.

Das Eiweiss stammt zu Beginn jeder Nephritis nicht aus den Harncanälchen, sondern transsudirt durch die Capillarwandungen der Glomeruli, was Posner, Litten, Nussbaum und Ribbert durch den Nachweis von geronnenem Fibrin im Kapselraum von gekochten entzündeten Nieren bewiesen haben. Bei hochgradig degenerirten Nieren, bei welchen das Epithel der Harnkanälchen zum grössten Theil fehlt, ist allerdings auch Eiweisstranssudation in die Harnkanälchen anzunehmen (Ribbert). Was ist aber die Ursache dieser Durchlässigkeit? Abnorme Wässrigkeit oder zu hoher Salzgehalt des Blutes erzeugt an sich keine Albuminurie, wie Thierexperimente beweisen. Wir kennen auch lethal verlaufene Fälle von hochgradiger Hydrämie mit Ascites und Anasarka ohne Nierenaffection und Albuminurie. Der Blutdruck kann auch nicht beschuldigt werden, weder der vermehrte noch der verminderte, denn die Unterbindung unterhalb des Abganges der Nierenarterie erzeugt ebensowenig Albuminurie, als plötzliche grosse Blutverluste eine solche direct hervorrufen. Litten[10]) glaubte, es sei die Verlangsamung des Blutstromes, Heidenhain[11]) es sei der Verlust des Glomerulusepithels, welcher die Transsudation von Eiweiss möglich mache. Ribberts Untersuchungen machen es, wie uns scheint, höchst wahrscheinlich, dass den Epithelien des Glomerulus, welche eine sehr dünne Schicht bilden, die Function, Eiweiss zurückzuhalten, **nicht** zukommen könne oder dass die Abstossung dieser Schicht die Ursache der Albuminurie sei. Nach ihm ist vielmehr eine Ernährungsstörung der Capillarwandung des Glomerulus die Ursache nicht nur der Albuminurie, sondern auch der übrigen Erscheinungen der Glomerulonephritis. Suchen wir die Gründe dieser Ernährungsstörung, so sind es ungenügende Zufuhr eines nor-

malen oder Zufuhr eines **nicht** normalen Blutes. Die erste Möglichkeit tritt, experimentell herbeigeführt, ein bei Absperrung der Nierenarterie oder der Nierenvene; sie ereignet sich ferner klinisch bei hochgradiger allgemeiner Anämie und bei venöser Stauung; — die zweite weit häufigere Möglichkeit ist anzunehmen bei Infectionen, Intoxicationen, hohem Fieber und auch bei der genuinen Nephritis. Hier handelt es sich wohl gewöhnlich wenigstens ebenfalls um einen fremdartigen Blutbestandtheil, der wie jene Contagien und Gifte die Entzündung hervorruft. So vage nun auch die Vorstellungen über diese materia peccans sind, so ist doch so viel klar, dass wenn wir die Blutmasse durch vermehrte Diurese und Diaphorese gewissermassen auslaugen, wir auch die materia peccans voraussichtlich mit eliminiren helfen, vorausgesetzt, dass sie nicht in demselben Grade, wie sie ausgeschieden wird, sich wieder neu bildet. Bei infectiösen und toxischen Erkrankungen leuchtet diese Begründung von selbst ein. Sie scheint nun aber auch für die genuine Nephritis Geltung zu haben. Dass neben Diurese und Diaphorese alle zur Blutbildung nöthigen Nährstoffe in reichlichem Maasse müssen zugeführt werden, ist selbstverständlich. Uebrigens sind die Eiweissverluste bei parenchymatöser und interstitieller Nephritis, wie eine neuere Arbeit von Fleischer[12]) zeigt, keineswegs so bedeutend, dass sie von sich aus, auch bei sehr langer Dauer der Albuminurie den Tod herbeiführen würden. Durch ein geringes Mehr der Nahrung könnten sie leicht ersetzt werden, wenn eben die Verdauung und Assimilation eine normale wäre.

Das zweite Cardinalsymptom der parenchymatösen Nephritis hat viel schwerere Folgen; ich meine hier die Verminderung der Urinsecretion. Bei der rein parenchymatösen Nephritis sind es die geschwellten und abgestossenen Epithelien der Kapsel und der Harnkanälchen, sowie die aus dem Harn sich ausscheidenden Fibrincylinder, welche die Harnwege verlegen und dadurch die Urinretention verursachen. Mit dem Wasser bleiben auch die N-haltigen Zerfallsproducte im Körper zurück, neben Hydrops kann Urämie entstehen. Gelingt es uns nun durch Vermehrung der Secretion das Hinderniss in den Kanälen hinauszuschwemmen, so hört

zwar die Albuminurie nicht auf, die Diurese hat aber wieder offene Bahnen, und es wird nicht nur der Hydrops, sondern auch die Urämie verschwinden. Es stehen uns nun zur Vermehrung der Secretion dreierlei Mittel zur Verfügung: erstens Vermehrung der Blutmasse, zweitens Herztonica und drittens specifische Diuretica. Grosse Massen von lauwarmem Wasser, von Sodawasser oder eines alkalischen Säuerlings, von Milch erzeugen unter Erhöhung des arteriellen Druckes gewöhnlich rasch eine bedeutende Diurese, von der wir niemals Nachtheile gesehen haben. Allerdings ist bei ältern Personen wegen der Gefahr einer Apoplexie Vorsicht nöthig. Dieselbe Wirkung auf die Urinmenge lässt sich aber bekanntlich oft auch zweitens durch Digitals und drittens durch die specifisch-diuretischen Salze erreichen, von denen wir namentlich das Kali aceticum, daneben auch hie und da Kali bitartaricum und Tartarus boraxatus angewendet haben. Das Nähere hierüber siehe weiter unten.

Es steht uns aber da, wo die Nierenfunction bedeutend herabgesetzt ist, therapeutisch noch ein Ausweg durch die Schweissdrüsen offen; die Diaphorese, durch heisse Bäder mit Einpackung oder durch Pilocarpin provocirt, schafft ja bekanntlich nicht nur Wasser in grossen Mengen, sondern auch noch andere Harnbestandtheile aus dem Körper heraus.

So sehen wir nun auch in der That Diurese und Diaphorese in ihren purgatorischen Einflüssen bei Nierenleiden sich theilweise ersetzen, theilweise verstärken. Wir haben darum auch fast in allen Fällen beide Verfahren zugleich angewendet, oft noch andere Mittel, Ableitung auf den Darm, Tannin etc. hinzugezogen, falls specielle Umstände dieses erforderten; denn es ist, wie S. Hoffmann richtig anführt, »ein wirklicher Erfolg nur dann zu gewärtigen, wenn nicht eine dieser Verordnungen allein, sondern eine passende Combination derselben, nach den klinischen Besonderheiten des Falles, gewählt wird.«

Von neuern Vorschlägen zu Therapie ist das Fuchsin zu erwähnen, welchem man eine specifische Wirkung auf die noch unbekannte Ursache der Albuminurie zuschrieb. In Virchows Jahresbericht 1879 findet sich eine Notiz über günstige Resultate bei parenchymatöser Nephritis von Bou-

chut, während im folgenden Jahresbericht (1880) eine Arbeit von Bertet: (De la fuchsine et son emploi dans le traitement d'albuminurie; thèse Paris) trotz grosser Dosen die Wirksamkeit dieses Mittels ganz in Abrede stellt. Im gleichen Band findet sich eine Arbeit von Budde, welcher der Ansicht ist, dass die bei Fuchsinbehandlung günstig verlaufenden Fälle entweder von selbst diesen Ausgang genommen hätten, oder aber, dass es sich um intermittirende Albuminurie gehandelt habe. Alibert in Paris spricht sich ebenfalls gegen die Wirksamkeit des Fuchsin aus. Wir haben von diesem Mittel keinen Gebrauch gemacht.

Neben dem Fuchsin ist von neuern Mitteln noch das Pilocarpin zu erwähnen. Von einigen Seiten wurden demselben anfänglich alle möglichen guten Eigenschaften zugeschrieben, welche sich leider nicht erwahrt haben. Es wurde auch gegen parenchymatöse Nephritis empfohlen; der Erfolg entsprach jedoch nicht den Erwartungen. Auf der Klinik von Herrn Prof. Immermann ist, wie schon angedeutet, Pilocarpin. muriatic. öfters und meist mit gutem Erfolg subcutan angewendet worden, aber nur zum Zweck der Diaphorese, da wo anderweitige Proceduren nicht indicirt waren. Wir betrachten daher das Pilocarpin als ein gutes Hilfsmittel zur Diaphorese, nicht aber als Specificum gegen parenchymatöse Nephritis.

Ausführung der Therapie und Resultate.

Da bei den verschiedenen Formen parenchymatöser Nephritis die Ausführung der oben auseinandergesetzten therapeutischen Massregeln etwelche Verschiedenheiten aufwies, und auch die Resultate, sowohl in Bezug auf Krankheitsdauer, als auf Ausgang bedeutend differirten, schien es uns angemessen jede Form besonders zu besprechen und zur Illustration des Gesagten ausser dem Hinweis auf die betreffenden im Anhang mitgetheilten Tabellen noch je einige Krankengeschichten beizugeben. Wir wählten zu diesem Zwecke sowohl genesene, wie lethal ausgegangene Fälle der betreffenden Gruppe aus.

a) Therapie und Resultate bei genuiner acuter und subacuter Nephritis. (vgl. Tab. A. B.)

Der Kranke erhält als Nahrung hauptsächlich Milch, (1—2 Liter pr. die); daneben Sodawasser oder St. Galmierwasser und als Medicament eine Mixtur von 30—50 grm. Liq. Kali. acetic. auf 180 grm. Wasser, 2stlch. 1 L. v. z. n., oder Tartar. boraxat. 15—20 grm. pr. die. Findet sich viel Blut im Urin, so wird 2 grm. Tannin verordnet; bei Ergüssen in die serösen Höhlen oder Lungenödem auch Plumb. acetic. (0,03 grm. 2—3 mal). Daneben erhält der Kranke wenn nicht andere Erscheinungen es verbieten, täglich ein heisses Bad (38—40° Cels.) von längerer Dauer mit nachfolgender etwa zweistündiger Einwicklung. Der Schweissausbruch wird dabei noch durch Zufuhr heisser Milch oder warmen Wassers befördert. Bei gefahrdrohenden Symptomen durch Hydrops oder Urämie kam ausserdem die rasch wirkende Ableitung auf den Darm (durch Tinct. Colocynthid. 1—3 mal 15 gtt.) in Anwendung. Mit dieser Therapie wird fortgefahren, bis Albuminurie und Hydrops verschwunden ist, worauf gewöhnlich während der Reconvalescenz Roborantien an ihre Stelle traten.

Von 45 in dieser Weise behandelten Fällen sind:

geheilt 28.
gebessert 6.
gestorben 11 = 24,4%.

Die mittlere Behandlungsdauer der Geheilten betrug 27,5 Tage, wobei jedoch die Reconvalescenz mitgerechnet ist.

Von den 11 Todesfällen kommen jedoch nur 5 auf Rechnung der Nephritis allein; von den übrigen 6 Gestorbenen handelte es sich bei 4 um Pneumonie, bei 1 um Pleuritis, bei 1 um Endocarditis, welche Affectionen sämmtlich erst nachträglich zu der schon vorhandenen Nephritis getreten waren.

Rechnen wir diese 6 Fälle ab, so ergiebt sich auf 39 Kranke dieser Categorie eine Mortalität von 5 = 12,8%.

Es folgen die Krankengeschichten Nr. 15 und Nr. 17 der Tabelle A (ganz acute Fälle).

Nr. 15. Higelin, Johanna, 23 Jahre, Fabrikarbeiterin, Elsass. Spitaleintritt: 5. IX. 1878. **Geheilt.**

Anamnese: 1872 Thyphus und Erysipel, seither gesund. 29. VIII. 1878. Oedem der Füsse, kein Unwohlsein. 3. IX. Dyspnœ, ärztliche Behandlung. Oedeme verbreiten sich auf die Bauchdecken. Urin trübe. Quantität vermindert.

Status präsens: Ernährungszustand gut; blasse gelbliche Hautfarbe; mässiges Oedem der Bauchdecken und untern Extremitäten. Hydrothorax bis IV. Brustwirbel; freier Ascites; Nierengegend druckempfindlich. Urinmenge gering; Urin trübe; Eiweissgehalt mittleren Grades; Zellendetritus und Harncylinder. Temp. afebril.

Verlauf: 8. IX. Status noch derselbe. 11. IX. Urin hell, eiweissfrei. Menge 1300 Ccm. Hydrothorax und Ascites in Abnahme. Wohlbefinden. 15. IX. Wohlbefinden, Aufstehen. Urin normal. Hydrops und Ergüsse nicht mehr nachweisbar. 19. IX. wird als **geheilt** entlassen.

Nr. 17. Erni, Benjamin, 43 Jahre, Knecht. Aargau. Spitaleintritt 14.VI. 1879. **Gestorben.**

Anamnese: 1866 Pericarditis. Anfang Juni 1879 Fiebersymptome und Oedem des Gesichtes. 6. VI. Oedem der Füsse; Urindrang. Urin röthlich, trübe. Oedeme verbreiteten sich nach aufwärts. 10.VI. trockener Husten. Dyspnœ.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Oedem des Gesichtes und der untern Extremitäten mässig. Scrotum stark ödematös. Temperat. afebril. Keine gastrischen Symptome. Lunge normal. Kein Ascites. Urin hellgelb, trübe, starker Eiweissgehalt. Sediment aus Epithelien und Harncylindern bestehend; Menge des Urins gering.

Verlauf: Diurese gering. 17.VI. Brechreiz, Kopfschmerz. Urin enthält wenig Blut. Eiweissgehalt und Sediment reichlich. Appetit nimmt ab. 18.VI. viel Blut im Urin; Hydrops vermehrt. Pilocarpin subcutan. Abends Kopfschmerz und Brechreiz. Dyspnœ. Lungenödem. 19.VI. **gestorben.**

Anatomische Diagnose: Hydrops universalis; Oedema pulmonum. Erweiterung und relative Hypertrophie des linken Ventrikels. Acuter Milztumor. Nephritis parenchymatosa.

Es folgen hier noch die Krankengeschichten Nr. 10 und Nr. 3 der Tab. B. (Fälle von subacutem Verlaufe).

Nr. 10. Raimondi, Anton, 28 Jahre, Maurer. Italien. Spitaleintritt 24. X. 1879. **Geheilt.**

Anamnese: 1870 Oedem des Körpers, nach längerer Zeit wieder verschwindend. 1876 febriler Magendarmcatarrh. 16.—18. X. 1879. Oedem des Gesichtes und der Brust. Schmerz in der Nierengegend, seither Oedem auf untere Körperhälfte verbreitet. Husten vermehrt. Stuhlgang träge. Appetit gut.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Blasse Gesichtsfarbe. Zunge belegt. Schwellung der Tonsillen. Oedem der untern Körperhälfte und des Gesichtes. Temperat. afebril. Herz normal. Rechtsseitige schmale Dämpfung in den hintern untern Lungenparthien. Freier Ascites. Urinmenge sehr vermindert; Farbe hellgelb, trübe; Sediment, Epithelien und körnige sowie hyaline Cylinder. Eiweissgehalt nicht sehr gross.

Verlauf: Secretion schwach. 26. X. 400 Ccm. Urin.
27. X. 150 » »
28. X. 300 » »
5. XI. 700 » »

Oedeme sind in Abnahme begriffen. Pilocarpinwirkung gut.
10. XI. 1000 Ccm. Urin.
15. XI. 1100 » »

Am 13. XI. war spontan Diarrhœ eingetreten. Oedeme sehr gering
20. XI. 1200 Ccm. Urin.

Wenig eiweisshaltig. Oedeme verschwunden. Wohlbefinden. Patient steht auf.
26. XI. 1400 Ccm. Urin.
30. XI. 2100 » »
10. XII. 2800 » »

Kali acet. ausgesetzt.

26. XII. Urin eiweissfrei. Abends leichtes Unwohlsein. Diurese gut. 9. I. 1880 tritt **geheilt** aus.

Das **Körpergewicht** des Patienten betrug:

am	XI. 1.	76	Kilogrm.
»	XI. 4.	74	»
»	XI. 9.	70,5	»
»	XI. 12.	65	»
»	XI. 15.	63,5	»
»	XI. 22.	64	»
»	XI. 26.	65	»
»	XI. 30.	66,5	»
»	XII. 3.	68	»
»	XII. 10.	69	»
»	XII. 31.	68,5	»

Nr. 3. Düssi, Elise, 21 Jahre, Fabrikarbeiterin, Basel. Eintritt 1.VI. 1877. **Gestorben.**

Anamnese: Patientin hat am 30. III. geboren, nachher Mastitis. Eintritt in die chirurgische Abtheilung 18. IV. Abscesse in linker Mamma eröffnet. 15. V. Urin eiweisshaltig. Nephritis diagnosticirt. Schwitzbäder und Kali acet. 28. V. Oedem des Gesichtes und der Hände. Abscesse ausgeheilt, Hydrothorax und Hydropericard. 1.VI. auf medicinische Abtheilung verlegt.

Status präsens der medic. Abtheilung: Ernährungszustand schlecht. Anämie. Zunge belegt. Verdauungsstörungen. Oedem des Gesichtes und der Arme. Temp. leicht febril. Lungenbefund, leichte Veränderungen. Hydrothorax und Hydropericard nicht mehr nachweisbar. Ascites mittleren Grades. Urin Spuren von Eiweiss und Sediment. Urinmenge vermindert.

Verlauf: Oedeme trotz grösseren Dosen Kali acet. und Digitalis im Zunehmen. Urinsecretion sehr schwach. Schlaflosigkeit. 6.VI. Schwitzen; häufiges Erbrechen. Temperatur leicht erhöht. 8.VI. Urinmenge 760 Ccm.; urämische Symptome. 9.IV. Nacht unruhig. Delirien. **Gestorben.**

Anatomische Diagnose: Allgemeiner Hydrops. Anämie. Chron. Endocarditis. Hypertrophie des rechten Ventrikels. Schiefrige Induration d. l. Lunge. Pleurit. adhäsiva d. r. Lunge und Bronchiectasie. Lungenödem. Unvollständige Involution des Uterus. Nephritis parenchymatosa. Blutungen in den Nierenbecken.

b) Therapie und Resultate bei chronischer parenchymatöser Nephritis. (vgl. Tab. C.)

Bei der durch die chronische parenchymatöse Nephritis bedingten, länger dauernden Albuminurie wurde Kali acetic. ohne Nachtheil Wochenlang verabreicht, in manchen Fällen bis zu 60 und mehr Gramm pro die; öfters wurde dieses Mittel durch Tartar. boraxat. ersetzt, zumal dann, wenn Erbrechen eintrat. Digitalis wurde bei etwa einem Sechstel der Fälle angewendet. Selbstverständlich waren hier die Schwitzbäder längere Zeit in Gebrauch. Die Milchcur konnte gewöhnlich nicht bis zu Ende der Spitalbehandlung durchgeführt werden, und musste zeitweilig durch zweckentsprechende festere Kost ersetzt werden. Bei hochgradigen hydropischen und urämischen Erscheinungen wurden neben der Diurese und Diaphorese noch Drastica verordnet.

Von 38 in dieser Weise behandelten Fällen sind:

geheilt 3.
gebessert 19.
ungeheilt 8.
gestorben 8 = 21,0%.

Die geheilten Fälle sind Nr. 8, 33 u. 34 der Tab. C.

Nr. 8. Höhn, Magdalene, 27 Jahre, Hausfrau. Zürich. Spitaleintritt 19. VIII. 1875.

Anamnese: Seit März dieses Jahres waren Symptome einer Nephritis vorhanden. Die Oedeme erstreckten sich allmählig über den ganzen Körper. 2. VIII. Frühgeburt. Dyspnœ, nachher noch stärker. Behandlung ohne Erfolg. (Kali acet. Digitalis, Jaborandi.)

Status präsens: Ernährungszustand ordentlich. Starke Anämie. Oedem der untern Extremitäten, des linken Armes und des Gesichtes. Zunge belegt. Verdauungsstörungen. Temperatur erhöht. Puls beschleunigt. Hydrothorax. Herzbefund im Ganzen normal. In Pulmonaltönen langgezogenes Geräusch hörbar. Ascites. Urinmenge gering. Urin trübe, stark eiweisshaltend und viel hyaline Cylinder.

Verlauf: 3. IX. Urinmenge sehr gross, 3—4000 Ccm. Hydrothorax und Oedeme nehmen ab. Eiweissgehalt gering. 5. IX. Hydrothorax und Oedeme verschwunden. 11. IX. Urin

eiweissfrei. Liq. Kali acet. ausgesetzt. Wohlbefinden. Aufstehen. 16. IX. Oedem der Füsse. Urin normal. 17. IX. Oedem wieder verchwunden. 21. IX. Befund negativ. Austritt als **geheilt.**

Nr. 33. Bernard, Johann, 26 Jahre, Mechaniker. Frankreich. Spitaleintritt 15. III. 1880.

Anamnese: Patient wird wegen Gingivitis crouposa von der Polizei gebracht; ist als Vagant aufgefangen worden und sehr heruntergekommen. Seine Angaben ungenau. War angeblich schon einige Jahre vorher wegen Hydrops universalis und Nierenleiden anderweitig in Behandlung gewesen, seit einiger Zeit hochgradige Gingivitis.

Status präsens: Sehr heruntergekommenes Individuum. Kräftiger Körperbau. Starke Gingivitis crouposa. Im Urin findet sich viel Eiweiss, derselbe hellgelb und trübe. Urinmenge gering. Sonstige Symptome nicht auffindbar.

Verlauf: Gingivitis geht bald in Heilung über. 22. III. Urin klar. Menge normal. Eiweissgehalt vermindert. Wohlbefinden. 1. IV. Spuren von Eiweiss im Urin. Kali acet. wird ausgesetzt. 5. IV. Viel Eiweiss im Urin. Kali acet. Behandlung wieder aufgenommen. 10. IV. Urin eiweissfrei. 15. IV. Urin eiweissfrei. Wird als **geheilt** entlassen.

Nr. 34. Lüthi, Elise, 48 Jahre, Fabrikarbeiterin. Bern. Spitaleintritt 26. I. 1880.

Anamnese: Vater an Wassersucht gestorben. Patientin früher gesund. Seit einem Jahr Schwindel, Kopfweh, Uebelkeit; längere Zeit bestehend, dann wieder abnehmend. Vor 8 Tagen Wasserbrennen. Urinsecretion spärlich. Schwindel. Erbrechen, Schmerzen im Leib. Nachtruhe gestört. Appetit seit lange vermindert. Abmagerung. Oedeme sind nicht beobachtet worden.

Status präsens: Ernährungszustand schlecht. Anämie. Keine Oedeme. Temperat. normal. Zunge belegt. Am Herz Spitzenstoss an normaler Stelle, Töne dumpf, leichtes systolisches Geräusch. Abdomen aufgetrieben, kein Ascites nachweisbar. Urinmenge vermindert. Farbe gelbröthlich, viel

Sediment von Epithelien und Hyalincylindern. Eiweiss in mässiger Menge.

Verlauf: Es treten keine Oedeme auf. Die Symptome der Urämie verschwinden bald. Eiweissgehalt des Urines nimmt rasch ab; vom 25. I. an nur Spuren von Eiweiss. 5. II. Urin eiweissfrei. Vollständiges Wohlbefinden. Steht auf. Anämie noch bestehend. Die Eisenpräparate bis 9. III., an welchem Tag Patient als **geheilt** entlassen wird.

Von den Gebesserten war in einem Fall nachweislich Intermittens inveterata vorausgegangen, in einem zweiten Falle war chronischer Alkoholismus nachgewiesen; ebenso war 1 Fall längere Zeit nach Scharlach aufgetreten. Bei 5 Fällen liessen sich Herzhypertrophie und anderweitige secundäre Veränderungen nachweisen. Als »gebessert« betrachteten wir diejenigen, bei welchen nach längerem oder kürzerem Spitalaufenthalte Zurückgehen aller Symtome bis zum Verschwinden und einzig noch Vorhandensein von geringen Mengen von Eiweiss in Urin nachzuweisen war.

Von den als ungeheilt Entlassenen sind 3 schon nach kurzer Zeit, oft nach wenigen Tagen, von ihren Angehörigen nach Hause genommen worden; bei den Uebrigen, welche längere Zeit im Spitale ausgeharrt hatten, waren die Symptome nicht verändert und keine Neigung zum Bessern abzusehen.

Bei den Gestorbenen erfolgte der Tod unter den Erscheinungen von hochgradigem Ascites und Lungenödem oder von Complicationen von Seiten der Circulations- und Respirationsorgane.

Folgt die Krankengeschichte Nr. 26 der Tab. C.

Nr. 26. Mégros, Charles, 18 Jahre, Kaufmann. Frankreich. Spitaleintritt 19. I. 1878.

Anamnese: Seit Novbr. 1877 unwohl. Störung des Appetites. 9. I. 1878 Knöchelödem und Dyspnœ. 16. I. Dyspnœ war anhaltend. Oedem des Gesichtes. Fieber konnte nicht nachgewiesen werden.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Anämie. Oedem des Gesichtes und der Unterschenkel. Appetit schlecht. Zunge

belegt. Temp. normal, ebenso Puls. Respiration nicht beschleunigt. Lungenbefund negativ. Herzbefund ebenfalls. Kein Ascites. Urinmenge gering. Urin gelb, trübe und enthält Epithelreste und viele Harncylinder; Eiweissgehalt gross.

Verlauf: 25. I. Dyspnœ noch vorhanden, übrige Symptome gebessert. 2. II. Tartar. boraxat. statt Kali acet. Urin enthält wieder mehr Eiweiss. Erbrechen. Kopfweh. Diurese vermindert. 15. II. Besserung. Diurese normal. Steht auf. 1. III. Erbrechen. Oedem in Zunahme begriffen. Herzstoss ausserhalb der Mammillarlinie. Töne nicht verändert. 10. III. Dyspnœ vermehrt. Erbrechen. 17.—20. III. erhöhte Temperatur. Keine Ursache auffindbar. 27. III. Erbrechen hört auf. Wohlbefinden. Eiweissgehalt des Urines gering. 8. IV. lautes systolisches Blasen bei Auscultat. des Herzens. Eiweissgehalt des Urines wieder vermehrt. 30. IV. Oedeme des Gesichtes und der Beine. Kali acet. in grösseren Dosen. 4. V. Oedem der Bauchdecken und der Hände. Hydrothorax. Hypertrophie des Herzens zu constatiren. Dyspnœ. 10. V. Diurese gering. Sehstörungen. Erbrechen. 15. V. grosse Schwäche, viel Erbrechen. Diurese bleibt gering. Kopfweh. 5. VI. Gehirnödem. Coma. 12. VI. **Exitus lethalis** ohne Convulsionen.

Anatomische Diagnose: Hydrops der untern Körperhälfte, Hydrothorax duplex Pleurit. adhäsiva sinistra. Concrementbildung der linken Lunge. Hämorrhagischer Infarct der rechten Lunge. Lungenödem. Pericarditis. Dilatation und Hypertrophie des Herzens. Concrementbildungen in der Leber. Lebercirrhose. Nephritis parenchymatosa mit beginnender Schrumpfung. Oedem der Magen- und Darmschleimhaut.

Therapie der complicatorischen Fälle.

Bei den in den nun folgenden Tabellen D—K zusammengestellten Fällen von parenchymatöser Nephritis, welche im Verlauf anderweitiger Krankheiten auftraten, konnte von einer systematisch durchgeführten Diaphorese nicht immer die Rede sein. So musste bei Pneumonie, Typhus abdomi-

nalis, Erysipel und Diphtheritis wegen des hohen Fiebers von der Diaphorese abgesehen werden und die Behandlung sich in der Regel auf Darreichung der Diuretica neben den antipyretischen Mitteln beschränken. Ebenso verhielt es sich bei den Fällen, welche mit Emphysem oder Herzfehlern verbunden waren. Nur bei Scharlach war, da hier die nephritischen Erscheinungen dem Fieber gewöhnlich nachfolgten, die Verwendung von Schwitzbädern thunlich. Ueber die Resultate dieser complicirenden Nephritiden ist im Besondern Folgendes anzuführen.

Parenchymatöse Nephritis bei Emphysema pulmonum und Herzfehler.
(vgl. Tab. D.)

Die hieher gehörenden Fälle sind zufälligerweise alle chronischer Natur. Es sind im Ganzen 11 Fälle; davon sind: gebessert 5.
gestorben 6.

Alle hieher gehörenden Patienten sind über 40 Jahre alt mit Ausnahme von einem (Nr. 7 der Tab. D) und bei allen Gestorbenen waren Veränderungen des Herzens schon intra vitam festgestellt.

Folgen die Krankengeschichten Nr. 8 und Nr. 11.

Nr. 8. Gamper, Barbara, 62 Jahre, Hausfrau. Thurgau. Spitaleintritt 2. IX. 1880. **Gebessert.**

Anamnese: Seit längerer Zeit Magenbeschwerden. 1876 verschiedene Anfälle von Convulsionen mit 2—7 stündiger Bewusstlosigkeit. Seit Anfang VIII. Stechen in Brust und Lebergegend. Kopfweh. Herzklopfen. Dyspnœ. Husten. Urindrang und spärlicher, dunkler Urin. 28.VIII. Oedem der Füsse.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Cyanose des Gesichtes. Oedem der Unterschenkel. Appetit vermindert. Temperat. normal. Puls klein, beschleunigt. Herzdämpfung vergrössert. Herztöne rein. Leichter Hydrothorax. Bronchialkatarrh. Schwellung der Leber. Druckempfindlichkeit des Abdomen. Kein Ascites nachweisbar. Urinmenge gering.

Urin gelb, enthält viel Eiweiss. Körnige Harncylinder mit Lymphkörperchen.

Verlauf: 3. IX. Puls unregelmässig; Digitalis. Vermehrte Dyspnœ. 6. IX. Oedeme sind verschwunden. Urin gleich. 7. IX. heftiges Kopfweh. Nackenschmerz. Obstipation, unruhiger Schlaf. 13. IX. Abnahme des Kopfwehes. Hydrothorax noch nachweisbar. 17. IX. Hydrothorax noch nachweisbar, eher in Zunahme begriffen. Kopfweh wieder sehr intensiv. Coffeïn Aconitin. 1. X. Pleuritische Erscheinungen H. L. U. Urin stark eiweisshaltig. 14. X. Pleuritis auch vorn nachweisbar. Tartar. boraxat. Dyspnœ vermehrt. 31. X. starke Dyspnœ und Schwäche; grosse Unruhe, ist oft ausser Bett wegen Beengung. 2. XI. Besserung. Kopfweh abgenommen. 12. XI. Austritt. **Gebessert.** Urin enthält mässige Quantitäten Eiweiss.

Nr. 11. Loisel, Catharina, 63 Jahre, Hausfrau. Elsass. Spitaleintritt 29. VII. 1881. **Gestorben.**

Anamnese: 1876 Rheumatism. muscular. In Zwischenzeit mehrfache Recidive. Starke Abmagerung in letzter Zeit. Seit Mitte V. starke Dyspnœ. Husten und Herzklopfen. Appetitlosigkeit. 2. VI. Oedem der Füsse.

Status präsens: Ernährungszustand ordentlich. Fettpolster gut entwickelt. Mässige Cyanose des Gesichtes. Oedem der Unterschenkel. Alte Beingeschwüre. Appetit vermindert. Zunge belegt. Temperat. afebr. Puls klein, frequent. Herzdämpfung vergrössert nach rechts und links; I. Ton an Spitze unrein. Hydropericard. H. U. R. pleurit. Dämpfung. Ascites. Urin eiweisshaltend und Harncylinder, sowie Epithelien.

Verlauf: Cyanose hebt sich nach Anwendung von Digitalis. 2. VIII. Oedem in Zunahme begriffen. Urin stark eiweisshaltig, viel Sediment. 8. VIII. seit Abend vorher unruhig. Sensorium benommen. **Exitus lethalis.**

Anatomische Diagnose: Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Fettige Degeneration des Herzmuskels. Insufficienz der Mitralis. Chronische Endarteritis. Rechtseitige Pleuritis. Hämorrhagischer Infarct der rechten Lunge. Thrombose der Vena savena sinistra. Alte Beingeschwüre. Oedem beider unteren Extremitäten.

Parenchymatöse Nephritis bei Pneumonie und Pleuritis.
(vgl. Tab. E.)

Von 4 hierhin gehörenden Fällen sind 2 als geheilt, 2 als gebessert entlassen worden. Bei allen ist die Nierenerkrankung erst während der Lungen- oder Pleura-Affection nachweisbar geworden. Bei einem Falle kann jedoch die Möglichkeit einer Recrudescenz einer schon früher bestandenen, aber nicht zur Beobachtung gekommenen Nierenerkrankung nicht ganz ausgeschlossen werden.

Folgt Krankengeschichte Nr. 3 der Tab. E.

Kramer, Marie, 37 Jahre, Hausfrau. Baden. Spitaleintritt 24.VIII. 1877. **Geheilt.**

Die Kranke ist am 24.VIII. mit hochgradiger croupöser Pneumonie eingetreten; Urin enthielt während des Fieberstadiums sehr wenig Eiweiss. Anfang September geht Pneumonie in Lösung über. Klagen über Schmerzen im Unterleib. Wohlbefinden bis 15. IX. Unwohlsein und Oedem des Gesichtes. Urin enthält viel Eiweiss und Harncylinder. Diurese ist gering. 20. IX. Diurese gut. Status im Uebrigen ziemlich gleich. 25. IX. Spuren von Eiweiss in Urin neben spärlichen Epithelcylindern. Oedem verschwunden. 3. X. Urin klar, noch Spuren von Eiweiss. 16. X. Urin seit einiger Zeit normal. Patientin wird als **geheilt** entlassen.

Parenchymatöse Nephritis bei Typhus abdominalis. (vgl. Tab. F.)

Bartels giebt in seiner Arbeit über Nephritis an, dass er das Vorkommen derselben im Verlauf von Typhus sehr selten beobachtet habe. In dem Material der hiesigen Klinik finden sich aber in der kurzen Zeit von 1874 bis 1881 eine grosse Reihe von Fällen, bei denen durch starken Eiweissgehalt des Urines und Vorkommen von oft massenhaften Harncylindern unzweifelhaft auf Vorhandensein von parenchymatöser Nephritis geschlossen werden durfte. Der Unterschied dieser Beobachtung mag aber darauf beruhen, dass

in Basel sehr heftige Typhusepidemien vorkommen und diese Erkrankung Jahraus Jahrein hierorts sehr häufig sich zeigt, während Kiel und Umgebung, unseres Wissens, weit weniger intensiv vom Typhus heimgesucht wird. Bemerkenswerth ist auch der, wie wir glauben nicht zufällige Umstand, dass besonders die Jahrgänge 1877*) und 1880, welche sich bei uns in Basel durch ungewöhnlich grosse Zahl von Typhusfällen überhaupt ausgezeichnet haben, sich auch durch unverhältnissmässig grosse Zahl von complicirenden Nephritiden bemerkbar machen.

Die Resultate dürfen hiebei als günstige aufgefasst werden.

Es sind von 26 hieher gehörenden Fällen:

geheilt 17.
gebessert 2.
gestorben 7 = 26,9%.

Die beiden Gebesserten sind wahrscheinlich Fälle von chronischer Nephritis, welche vorher nicht beobachtet wurden; von einem Falle wenigstens liegt die Angabe vor, er habe vor Jahren ein Nierenleiden gehabt. Die Todesursache wird hier wohl eher in der Grundkrankheit zu suchen sein; ist doch von den 7 Gestorbenen bloss einmal Urämie als directe Todesursache zu finden; in den übrigen lethalen Fällen ist meist hypostatische Pneumonie eingetreten, welcher in erster Linie die Schuld beigemessen werden muss.

Die Albuminurie dauerte durchschnittlich 20—21 Tage.**)

Folgen die Krankengeschichten Nr. 25 u. Nr. 9 der Tab. F.

Nr. 25. Grillon, Anna, 19 Jahre, Schneiderin. Bern. Spitaleintritt 4.IV. 1881. **Geheilt.**

Anamnese: 30. III. Schüttelfrost. Kopfweh. Schwindel. Appetitlosigkeit. Schmerz in Abdomine. Fieber unter gleichen

*) Vergleiche auch A. E. Burckhardt: Beiträge zur Kenntniss der basler Typhusepidemie von 1877. Diss. inaug. Basel 1878.

**) Die Fälle Nr. 1, 3 u. 11 wurden nicht in Betracht gezogen.

Erscheinungen andauernd. Stuhlverstopfung. 4. IV. Eintritt im Spital.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Gesicht geröthet. Haut trocken. Puls sehr frequent. Temperat. 39,4°. Herz normal. Lunge zeigt H. U. auf beiden Seiten Rasselgeräusche. Milz vergrössert. Abdomen wenig druckempfindlich. Roseola bereits vorhanden. Urin normal.

Verlauf: Typhusbehandlung. Fieber bis 8. constant, von 9. IV. leichter Abfall. Auf Lunge H. U. L. Dämpfung von Handbreite. Ronchi sibilantes hörbar. Milzdämpfung gross. 11. IV. Urin trübe, stark eiweisshaltig. Nephritis parenchymatos. Behandlung mit Kali acet. 14. IV. Urin hell, enthält viel Eiweiss. Fieberabfall. 23. IV. Pleurit. Exsudat H. U. L. Urin Spuren von Eiweiss. 26. IV. Urin eiweissfrei. Patientin steht auf. 28. V. Austritt, geheilt.

Nr. 9. Ammann, Elise, 37 Jahre, Köchin. Bern. Spitaleintritt 13. VI. 1877. **Gestorben.**

Anamnese: Patientin war im Mai wegen Halsleiden in Spitalbehandlung. Seit 5. oder 6. VI. Symptome von Typhus. Urin war normal. 12. VI. leichte Besserung. Eintritt in Spital.

Status präsens: Ordentl. Ernährungszustand. Temperat. febril. Puls weich frequent. Athmungsgeräusch in obern Lungenpartien unrein. Typhussymptome. 16. VI. Brechen. Heiserkeit. Bei Untersuchung des Herzens findet sich der II. Pulmonalton verstärkt. 17. VI. Aphonie. Unruhe. Fieber mässig. 20. VI. Urin eiweisshaltig. Epitelreste und Harncylinder. Halsschmerzen. Schlafsucht und öfteres Erbrechen. 21. VI. Röthung und leichtes Oedem der Uvula und der Tonsillen. Abends urämischer Anfall von ½ Stunde Dauer. Nacht sehr unruhig. 22. VI. Mittags urämischer Anfall. **Tod.**

Anatomische Diagnose: Abgelaufener Typhus abdomin. Milztumor. Heftige Nephritis parenchymatosa. Niere enthält sehr viel Blut und theilweise Eiter. Bronchopneumonie des linken Oberlappens. Schlaffe Pneumonie des rechten Oberlappens. Endocarditis chronica. Adhärenz des Uterus.

Parenchymatöse Nephritis bei Scharlach. (vgl. Tab. G.)

Von Nephritis bei Scharlach oder im Gefolge davon haben wir 20 Fälle zusammengestellt; davon betrafen nur 6 Kinder unter 15 Jahren, die übrigen Erwachsene. Die Scharlachkinder werden eben nur in Ausnahmsfällen dem Bürgerspitale, für gewöhnlich dem Kinderspitale zugewiesen. Wie meistens, so zeigte sich auch bei unsern Kranken die Nierenaffection erst nach Ablauf der Hautentzündung; sie dauerte 4 bis 28 Tage, im Mittel 12 bis 13 Tage. Nur in 2 lethal endigenden Fällen zeigten sich schwere urämische Symptome. Die Behandlung war dieselbe, wie bei jeder acuten parenchymatösen Nephritis, der Verlauf ein rascher. Von den 20 Fällen wurden geheilt 16.

starben 4 = 20%.

Folgen die Krankengeschichten Nr. 19 u. Nr. 15 der Tab. G.

Nr. 19. Ott, Samuel, 12 Jahre, Schüler. Aargau. Spitaleintritt 12.VII. 1880. **Geheilt.**

Anamnese: Scharlach vor 4 Wochen, rasch verlaufend. Seither vollständiges Wohlbefinden. 8.VII. Knöchelödem sich auf Unterschenkel verbreitend. Appetit vermindert. Schmerzen in Abdomine. Urin trübe, wurde spärlich gelassen. 10.VII. Kopfschmerzen und Athembeschwerden.

Status präsens: Ernährungszustand gering. Haut blass. Oedem der untern Extremitäten und der Genitalien. Cyanose des Gesichtes. Dyspnœ. Hydropericard. Hydrothorax. Kein Ascites. Urinmenge gering. Urin trübe; granulirte und hyaline Cylinder, viel Eiweiss. Temperat. normal. Puls beschleunigt.

Verlauf: Lungenödem, nach Plumb. acet.-Gebrauch rasch vorübergehend. 13.VII. Urinsecretion normal. Oedeme sind geringer. 14.VII. Urinsecretion sehr reichlich. Eiweissgehalt des Urins vermindert. Weniger Harncylinder. Hydrothorax in Abnahme begriffen. Dyspnœ noch bestehend, aber schwächer. 18.VII. Urin normal. Hydrothorax und Hydropericard nicht mehr nachweisbar. Wohlbefinden. Tartar. boraxat. noch einige Tage verabreicht statt Liq. Kali acet. 21.VII. Medication ausgesetzt. 11.VIII. Entlassung als **geheilt.**

Nr. 15. Schneider, Hermann, 11½ Jahre, Schüler. Baselland. Spitaleintritt 29.V. 1879. **Gestorben.**

Anamnese: Scharlach vor 3 Wochen begonnen. Ganz abgeblasst. Wohlbefinden. 24.V. Kopfschmerzen. Appetitlosigkeit. Oedem des Gesichtes und der Füsse.

Status präsens: Ernährungszustand ordentlich. Exanthem ganz verschwunden. Zunge belegt. Puls frequent, leicht unterdrückbar. Temperatur normal. Oedem des Gesichtes und der untern Extremitäten. Lunge und Herz normal. Urinmenge vermindert. Urin trübe, enthält wenig hyaline Cylinder und Eiweiss.

Verlauf: 30.V. Harncylinder massenhaft auftretend, sehr gross. Eiweissgehalt gross. Urinsecretion noch sehr spärlich. 31.V. Oedeme nehmen nicht zu. Urinsecretion etwas besser. 1.VI. viel hyaline Cylinder und grosser Eiweissgehalt des Urines. Menge wieder vermindert. 2.VI. Urinsecretion fast ganz aufgehoben. Brechen, Unruhe und Schlaflosigkeit. 3.VI. Urämische Anfälle, 2—3 Minuten andauernd. Convulsionen und Bewusstlosigkeit. Mittags freie Intervalle immer kürzer. Urinsecretion nimmt etwas zu. Abends **Tod** in Anfall.

Anatomische Diagnose: Hydrothorax und Hydropericard. Schwellung der Tonsillen. Ascites leichteren Grades. Nephritis parenchymatosa. Gastritis. Schwellung der Bauchdrüsen und Cervicaldrüsen. Oedem des Gehirns. Spuhlwurm und Trichocephalen.

Parenchymatöse Nephritis bei Diphtheritis faucium et laryngis.

(vgl. Tab. H.)

Die Nierenaffection bei Diphtheritis der Rachenorgane kam bei uns nur selten zur Beobachtung. Wir haben nur 4 bestimmt nachgewiesene Fälle auffinden können; davon sind 2 gestorben und 2 geheilt. Bei einem 58jährigen Manne fanden sich ausser Diphtheritis des Rachens und Gangrän der Lunge auch embolische Abscesse in den geschwellten Nieren. Die Behandlung war neben der diuretischen eine antifebrile und antiseptische. (Natron salicylic. und Kali chloric.)

Folgen die Krankengeschichten Nr. 3 u. 1 der Tab. H.

Nr. 3. Gräslin, Elise, 19 Jahre, Köchin. Baden. Spitaleintritt 11. XI. 1880. **Geheilt.**

Anamnese: 1878/79 Scharlach und Schwellung der Unterschenkel und Schmerz in den Gelenken; der Verlauf langsam. Zwischenzeit ohne Beschwerden. 9. XI. Halsweh. Fieber. 10. XI. Schüttelfrost. Schlingbeschwerden. Auswurf. Im gleichen Haus war einige Wochen vorher ein Kind an Halsbräune erkrankt.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Puls sehr frequent. Temperat. febril. Zunge wenig belegt. Rachen geröthet; auf rechter Tonsille weisslicher Belag, nicht entfernbar. Sonst nichts zu finden. Urin wenig eiweisshaltend.

Verlauf: 12. XI. Urin trübe, stark eiweisshaltend. Fieber sehr gering. Auf Tonsille diphtherisches Geschwür. 13. XI. Neue Belege auf rechter Tonsille. Kein Fieber. Urin eiweissfrei, klar. 17. XI. Besserung. Leichte Hypertrophie der Tonsillen. 22. XI. Entlassung als **geheilt.**

Nr. 1. Welchli, Samuel, 58 Jahre, Schreiner. Bern. Spitaleintritt. 8. IV. 1875. **Gestorben.**

Anamnese: 1872 Typhus abdominalis, in Folge dessen Gehörstörungen. Seither gesund. Vor 3 Wochen Diarrhœ und Aufgetriebensein des Abdomen. 5. IV. Anfall von Schwindel. Fieber. Appetitlosigkeit. Athemnoth und gestörter Schlaf. Klagen über Schmerz im Abdomen.

Status präsens: Ernährungszustand gering. Sensorium etwas benommen. Puls weich, frequent. Temperat. erhöht. Zunge trocken, schmutzig belegt. Auf Lunge vorn Dämpfung bis zur III. Rippe; verschärftes Athmen. Eine Herzdämpfung nicht abgrenzbar. Herztöne rein. Leberdämpfung verschmälert. In Abdomine Schmerz in linker Seite, besonders in Gegend des Darmbeinkammes. Bauch aufgetrieben. Urin und Stuhl gehen ins Bett.

Verlauf: 9. IV. Leichte Asymetrie der Gesichtszüge. Zunge weicht seitlich ab. Benommenheit. Somnolenz. Urin

nicht spontan gelöst, röthlich, enthält Epithel und hyaline Cylinder, sowie Eiweiss. 10. IV. Lendengegend ödematös geschwellt, sehr druckempfindlich. Extremitäten starr. Schlafsucht. Giebt aufgeweckt die richtigen Antworten, fällt aber sogleich wieder in Schlaf. Urin gleich wie Tags zuvor. 12. IV. Somnolenz und Steifheit der Glieder vermehrt. Kein Erbrechen. Pupillen reagiren gut. Urin wird in kleinen Mengen spontan gelassen; starker Eiweissgehalt. 13. IV. Cyanose, Sensorium benommen. Athmung sehr frequent. Mittags 4 Uhr **Tod** eingetreten.

Anatomische Diagnose: Diphtherit. Belag der Zunge und des Rachens. Pleuritis der linken Lunge. Eitrige Heerde in beiden Lungen. Parenchymatöse Nephritis und miliare Abscesse beider Nieren. Abscess in den linkseitigen Bauchmuskeln. Acuter Milztumor. Schwellung der Magen- und Darm-Schleimhaut. Oedem des Gehirnes.

Parenchymatöse Nephritis bei Erysipel. (vgl. Tab. I.)

Bekanntlich ist Albuminurie und Ausscheidung zahlreicher Micrococcen durch die Nieren beim Wunderysipel am Stamme und an den Extremitäten eine häufige Erscheinung. Seltener beobachten wir Albuminurie und Ausscheidung von fremden Harnbestandtheilen bei Erisypel des Gesichtes. Wenn nun auch dieses letztere offenbar in der grossen Mehrzahl der Fälle von einer kleinen Excoriation der Nasenschleimhaut ausgeht, also streng genommen auch ein Wunderysipel ist, so gestaltet sich dennoch der Verlauf und der Ausgang des Gesichtserysipels viel günstiger als beim chirurgischen Erysipel; die ganze Affection ist durchschnittlich eine viel leichtere und trägt nur in Ausnahmsfällen den septischen Charakter. Dem entsprechend haben wir selten Complicationen in den Nieren. Wir konnten daher von einer sehr grossen Zahl von auf der medicinischen Klinik an Erysipelas capitis et faciei behandelten Personen nur 6 Fälle auffinden, die mit ausgesprochener parenchymatöser Nephritis complicirt waren. Von diesen sind:

geheilt 3.
ungeheilt 1 (chronisch geworden).
gestorben 2 (59 und 30 Jahre alt).

Der Verlauf der Nephritis war ein subacuter, indem die Affection bei den Geheilten 4—8 Wochen dauerte.

Folgen die Krankengeschichten Nr. 4 und Nr. 5 der Tab. I.

Nr. 4. Maurer, Rosalie, 25 Jahre, Hausfrau. Aargau. Spitaleintritt 23.V. 1879. **Geheilt.**

Kleine Excoriation an Haargrenze. Erysipel über behaarten Kopf sich verbreitend und Gesicht. Hohes Fieber mit Delirien. Bei der Untersuchung des Urins am 24.V. findet sich grosser Eiweissgehalt und körnige Harncylinder. Oedem nicht beobachtet. 26.V. Puls ist schwach. An den obern Extremitäten und an den Bauchdecken kurz dauerndes Erythem. Fieber noch fortbestehend. 30.V. Urinsecretion reichlicher. Urin trübe, eiweisshaltend. Harncylinder. Erysipel in Abnahme. Fieberfrei. Kopfschmerz hält an. 4.VI. Urin enthält weniger Eiweiss. Wohlbefinden. 8.VI. Urin eiweissfrei. 14.VI. Recidiv des Erysipels. Fieber mässig. Urin normal. 16.VI. Temperatur normal Erysipel in Abnahme begriffen. 28.VI. **geheilt** entlassen.

Nr. 5. Speiser. Rudolf, 30 Jahre, Schlosser. Baselland. Spitaleintritt. 13.VII. 1880. **Gestorben.**

Anamnese: Patient war am 9.VII. als geheilt von Erysipelas capitis entlassen. Urin war eiweissfrei. 11.VII. Dyspnœ plötzlich auftretend. Knöchelödem. Kopfweh. Fieber nicht beobachtet.

Status präsens: Ernährungszustand gut. Leichte Anämie. Haut feucht. Reichlicher Schweiss. Lippen cyanotisch. Dyspnœ und Trachealrasseln. Temperat. subnormal. Puls sehr frequent, hart. Auf Lungen bis gegen Axillargegend gedämpfter Schall. Verschärftes Athmungsgeräusch und verbreitetes, fein blasiges Rasseln; übrige Organe normal. Urin enthält viel Harncylinder und Eiweiss. Secretion gering.

Verlauf: Lungenödem in Zunehmen begriffen. Hydrothorax (?) Plumb. acet. Dyspnœ sehr stark. Gefahrdrohende Symptome. Venæsection, worauf etwelche Besserung. Urin trübe, enthält massenhaft hyaline Cylinder und rothe Blutkörperchen. 14.VII. reichliche blutige Sputa. Lungenödem gering. Puls schwach, regelmässig. M. camphorat. ($^{1,5}/_{200,0}$) Expectoration gut. Temperatur afebril. Mittags wird Befinden ordentlich. Dyspnœ nimmt ab. Abends Puls unregelmässig und $5^3/_4$ Uhr **plötzlicher Tod.**

Anatomische Diagnose: Doppelseitig. Hydrothorax. Lungenödem. Hydropericard. Hypertrophie und fettige Degenerat. des Herzens. Schwellung der Milz und der Leber. Acute parenchymatöse Nephritis.

Parenchymatöse Nephritis bei puerperalen Processen.

(vgl. Tab. K.)

Auch die puerperalen Processe sind nur ausnahmsweise auf der medicinischen Klinik vertreten. Wir konnten daher nur 4 Fälle von parenchymatöser Nephritis bei diesen Affectionen zusammenstellen. Von diesen sind

geheilt 3.
gestorben 1 (Peritonitis und Endocarditis).

Die 3 geheilten Fälle waren 4, 6 und 16 Wochen in Behandlung, die neben der Diurese und Diaphorese sich natürlich auch auf Resorption der para- und peri-metritischen Exsudate bezog.

Folgen die Krankengeschichten Nr. 3 u. Nr. 1 der Tab. K.

Nr. 3. Börlin, 23 Jahre, Hausfrau. Baselland. Spitaleintritt 28.VI. 1875. **Geheilt.**

Schwangerschaft und Geburt am 16.VI. gut verlaufen; Wochenbett ebenfalls bis 24.VI, an welchem Tage Schüttelfrost und Schmerz im rechten Oberschenkel auftraten. Fieber anhaltend. 28.VI. Eintritt in Spital. Uterus noch gross und wenig involvirt; leichte Mastitis. Urin eiweissfrei. Fieber und Schmerz in rechter Seite dauern fort. 8.VII Rückbildung des Uterus. Fieber in Abnahme. September wieder hohes Fieber.

Tumor rechts vom Uterus mit diesem zusammenhängend nachzuweisen. Uterus schmerzhaft. 17. IX. Urin eiweisshaltend. 18. IX. Urinsecretion bedeutend vermindert. 500 Ccm. Oedeme. Leib sehr empfindlich. 21. IX. Oedem des Gesichtes und der untern Extremitäten. Constatirung eines perimetritischen Abscesses. 26. IX. Bauchdecken ödematös. Urinlassen schmerzhaft. Secretion gering. Eiweissgehalt weniger gross. 28. IX. in Urin nur Spuren von Eiweiss. Fieber anhaltend. 10. X. Urinsecretion normal, hoher Eiweissgehalt. 19. X. Fieberlos. Urin eiweissfrei, klar, Quantität normal. 20. X. Eröffnung des Abscesses und Entleerung. Urin bleibt eiweissfrei. Im November wird Patientin auf chirurg. Abtheilung verbracht zur Behandlung des eröffneten Abscesses, und später **geheilt** entlassen.

Nr. 1. Baumann, 20 Jahre, Hausfrau. Baselland. Spitaleintritt 18. XII. 1873. **Gestorben.**

Ende November erste Geburt gut verlaufend; nach 6 Tagen Aufstehen. Wohlbefinden während weniger Tage gut. Am 12. XII. Kopfweh. Schüttelfrost. Verstopfung. Abdomen gegen Druck empfindlich. Urinsecretion erschwert. 14. XII. Schmerzen in der ganzen linken Seite und im Arm. Fieber fortwährend bestehend. Patientin ist anämisch, Puls weich und frequent. Geringe Veränderung in den Lungen. Leib etwas aufgetrieben. Hat Abends hohes Fieber. 22. XII. Urin enthält viel Eiweiss und weissen Niederschlag aus Epitelien und Harncylindern. 31. XII. Spuren von Blut; Eiweissgehalt des Urins sehr gross; Zeichen einer puerperalen Peritonitis. Fieber stark remittirend. 2. Jan. 1874. Oedem des linken Oberschenkels. Urin enthält kein Blut mehr. Zustand schlecht, grosse Erschöpfung. 11. I. **Tod.**

Anatomische Diagnose: Puerperale Peritonitis. Parenchymatöse Nephritis. Hämorrhag. Infarct der Nieren. Schlaffe Pneumonie der Unterlappen beider Lungen. Fettige Degeneration des Herzens. Endocarditis ulcerosa aortica mit Perforation einer Klappe.

Gesammtresultate.

Stellen wir unser ganzes Material von parenchymatöser Nephritis zusammen, so ergeben sich bei diuretischer und diaphoretischer Behandlung folgende Resultate (vgl. Tab. L. M.):

1) von 158 Fällen sind geheilt 74 = 46,8 %.
gebessert 34 = 21,5 %.
ungeheilt 9 = 5,7 %.
gestorben 41 = 25,9 %.

Auffallend ist, dass in Bezug auf die Geschlechter ein bedeutender Unterschied, sowohl in der Morbidität als in den Heilerfolgen sich bemerkbar macht.

Von 158 Nephritikern kommen nämlich:

61 auf das männliche,
97 auf das weibliche Geschlecht.

Wenn wir nun wissen, dass die Gesammtzahl der männlichen Kranken diejenige der weiblichen in unserm Spital jährlich durchschnittlich um $^1/_5$ übersteigt, so muss unbedingt dem weiblichen Geschlecht eine grössere Prädisposition zur parenchymatösen Nephritis zugeschrieben werden, ungefähr in der Ausdehnung, dass **Frauen hier in Basel etwa doppelt so häufig erkranken als Männer.**

Dagegen lässt sich constatiren, dass die Resultate bei Frauen günstiger sind als bei Männern. Es sind nämlich (vgl. Tab. L.)

	geheilt.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.
von 61 Männern	21 = 34,4 %	17	3	20
von 97 Frauen	53 = 54,6 %	17	6	21

Die absolut grössere Morbidität der Frauen wird durch ein relativ grösseres Heilresultat und eine relativ kleinere Mortalität derart ausgeglichen, dass auf beide Geschlechter ungefähr gleich viel Todesfälle kommen.

2) Ein bedeutender Einfluss auf das therapeutische Resultat kommt auch dem Alter zu. Trennen wir unsere Fälle in zwei Hälften, von denen die eine die Personen bis zu 40 Jahren, die andere die Personen über 40 Jahre zusammenfasst, so haben wir:

Von 112 Kranken im Alter von 1—40 Jahren:

	geheilt.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	Total.
Männer	19	7	2	14	42
Weiber	48	7	4	11	70

Von 46 Kranken im Alter über 40 Jahre:

	geheilt.	gebessert.	ungeheilt.	gestorben.	Total.
Männer	2	10	1	6	19
Weiber	5	10	2	10	27

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass **die gänzliche Heilung vor dem 40. Jahre 4 Mal häufiger eingetreten, als nach demselben, und dass umgekehrt die Todesfälle bei parenchymatöser Nephritis in der höheren Altersstufe ungefähr doppelt so häufig vorgekommen sind.**

Ueber die Frequenz der verschiedenen Formen der parenchymatösen Nephritis während der einzelnen Altersstufen und über die hiebei erzielten Heilerfolge liegen noch die beiden Tabellen N und O bei, welche ohne weitere Erklärung verständlich sein werden.

Verzeichniss der benützten Literatur.

[1]) ***Henle:*** Rationelle Pathologie. Band I. Einleitung.

[2]) ***Bartels:*** Handbuch der Pathologie und Therapie, von Ziemssen. Bd. IX.

[3]) ***Leyden:*** Klinische Untersuchungen über Morb. Brighti. Zeitschrift für klinische Medicin, 1880. II. S. 133.

[4]) ***Gravitz*** und ***Israel:*** Virchow's Archiv, Bd. 77. II. S. 315.

[5]) ***Weigert:*** Die Brightischen Nierenerkrankung. Volkmann, klinische Vorträge, 162 u. 163.

[6]) ***Wagner:*** Beiträge zur Kenntniss des acuten Morbus Brighti. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. XXV. S. 529 u. Bd. XXVII. S. 218 (chron. Morb. Brighti).

[7]) ***Klebs:*** Handbuch der patholog. Anatomie.

[8]) ***Langhans:*** Virchow's Archiv, Bd. 76. 85.
Virchow's Jahresberichte, 1879. p. 199.

[9]) ***Ribbert:*** Nephritis und Albuminurie. Pathologisch-anatomische Untersuchungen. Bonn 1881.

[10]) ***Litten:*** Ueber functionelle Alteration der Nierengefässe und die dadurch bedingte Albuminurie. Medic. Centralblatt, 1880, Nr. 9.

[11]) ***Heidenhayn:*** Handbuch der Physiologie.

[12]) ***Fleischer:*** Deutsch. Archiv für klin. Med., 1881.

TABELLEN.

A. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von acuter parenchymatöser Nephritis.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Frauenfelder	m.	26	Wärter	6. IX.	10. X.	geheilt	Hunjad. Janos. Aq. Carol.	
2		Ehrenfeuchter	w.	24	Fabrikarbeiterin	15. V.	25. V.	geheilt		
3		Humm	w.	25	Fabrikarbeiterin	29. V.	1. VII.	geheilt	Tartar. depurat.	Gravidität.
4	75	Frei	m.	44	Taglöhner	24. I.	6. II.	geheilt		Trunksucht, Schnapsgenuss.
5	76	Peters	m	26	Bahnangestellter	5. IV.	7. IV.	†		Pneum. chron. Gelenkaffect.
6		Dill	m.	37	Knecht	3. VII.	11. VII.	†		Pneum. Erkält. u. Durchnäss.
7		Kirchhofer	m.	33	Postangestellter	6. III.	11. III.	†		Pleuropneumonie.
8		Seiler	m.	18	Metzger	11. IX.	7. X.	geheilt		
9		Schnetzler	m.	18	Spengler	9. XII.	20. XII.	geheilt		
10		Hofmann	m.	54	Coiffeur	26. II.	5. III.	†		
11	77	Freivogel	m.	32	Schreiner	19. V.	25. V.	geheilt		
12		Schmidt	w.	28	Köchin	12. II.	15. III.	geheilt		
13		Zürcher	w.	37	Fabrikarbeiterin	14. VIII.	24. VIII.	†	Natron salicyl.	
14		Kissling	w.	16	Fabrikarbeiterin	26. IV.	9. V.	†	Digitalis.	Pleuropneum. Endocarditis.
15	78	Higelin	w.	23	Fabrikarbeiterin	5. IX.	9. IX.	geheilt		
16	79	Richter	w.	23	Fabrikarbeiterin	27. V.	6. VI.	geheilt		Cantharidenvergift. Pleuritis.
17		Erni	m.	43	Knecht	14. VI.	19. VI.	†	Tartar. boraxat.	
18	80	Hartmann	m.	39	Knecht	14. V.	24. V.	geheilt		
19		Trefzger	m.	50	Schneider	25. VI.	19. VII.	geheilt	Tartar. boraxat.	Rheumat. muscul. chronic.
20		Schweizer	m.	18	Schreiner	4. IV.	27. IV.	geheilt		Pleuritis.
21		Meier	w.	46	Hausfrau	29. XII. 79	29. I. 80	geheilt	Spec. diuret.	
22		Brüderlin	w.	47	Magd	7. IX.	28. IX.	geheilt		
23		Leser	w.	46	Näherin	21. X.	10. XI.	geheilt		
24	81	Riggenbach	m.	34	Taglöhner	4. VII.	6. VIII.	geheilt		
25		Bauer	m.	26	Mechaniker	15. VII.	6. VIII.	geheilt		
26		Mag	w.	39	Magd	4. I.	12. I.	geheilt		Gravidität.
27		Schaub	w.	15	Fabrikarbeiterin	9. II.	26. II.	geheilt		
28		Dreiher	w.	33	Schneiderin	28. V.	9. VI.	geheilt		

B. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von subacuter parenchymatöser Nephritis.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	75	Schwander	w.	68	Magd	22. VI.	17. VIII.	geheilt	Digitalis.	
2	77	Senn	m.	23	Gärtner	19. II.	29. II.	†	Punction d. Pleurit. Exsud.	Pleur. dupl. kam von Belfort. Scarlatina? Ur. Lungenöd.
3		Düssi	w.	21	Fabrikarbeiterin	1. VI.	9. VI.	†	Digital. Spec. diuretic.	Puerper. Endocarditis.
4	78	Weber	m.	18	Ferger	8. VII.	16. VIII.	gebess.		Erkältung u. feuchte Wohn.
5		Rietmann	w.	30	Wäscherin	26. XI.	21. XII.	geheilt		Gravidität.
6	79	Kleinmagd	m.	24	Schreiner	5. VII.	9 VIII.	gebess.		Uræm. Anfälle.
7		Wirz	m.	34	Mechaniker	18. VII.	16. VIII.	gebess.		
8		Meier	m.	36	Portier	23. X.	2. XI.	gebess.		
9		Lüttgens	m.	18	Schreiner	2. VII.	4. VII.	†		Erkältung u. Durchnässung. Uræmic. Lungenödem.
10		Raimondi	m	28	Maurer	24. X. 79	9. I. 80	geheilt		
11		Maisch	w.	20	Magd	28. VIII.	16. XII.	geheilt		Abscesse u. Decubitus.
12		Schmutz	w.	39	Hausfrau	14. XI. 78	11. I. 79	geheilt	Digitalis	
13	80	Nägeli	m.	53	Taglöhner	10. II.	25. III.	gebess.		Wasserarbeiter, feucht-kalte Wohnung.
14		Baumann	m.	48	Mechaniker	24. III.	17. VI.	gebess.	Species diuretic.	
15		Hartmann	m.	36	Portier	22. VII.	24. VIII.	geheilt		
16		Ineichen	m.	35	Handelsmann	24. VIII.	7. IX.	geheilt	Digital. Spec. diuret.	
17	81	Meguin	m.	25	Schuster	27. IV.	14. VIII.	†		Lungenödem.

C. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von chronischer parenchymatöser Nephritis.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkung über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Vogelsang	m.	31	Erdarbeiter	7. X. 73	7. I. 74.	gebess.	Digitalis	Intermittens inveterata.
2		Würtemberg	w.	27	Magd	13. I.	5. IX.	gebess.	Digitalis	
3		Deck	w.	65	Hausfrau	29. V.	21. VIII.	gebess.		
4		Schlueb	w.	52	Hausfrau	1. VI.	4. VI.	ungeh.		Pneumon. dext., wird von Angehörigen wieder abgeholt.
5	75	Hartmann	m.	53	Landwirth	13. III.	25. III.	ungeh.	Digitalis	Emphysem.
6		Dietrich	w.	35	Lehrerin	17. V.	12. VI.	gebess.		Insufficienz d. Mitralis.
7		Fürst	w.	66	Fabrikarbeiterin	26. VII.	10. IX.	gebess.		
8		Höhn	w.	27	Hausfrau	19. VIII.	21. IX.	geheilt		Oedeme seit März bestehend.
9		Vögtli	w.	29	Fabrikarbeiterin	9. X.	31. XII.	gebess.		
10	76	Strittmatter	m.	26	Kutscher	18. III.	6. IV.	†		
11		Schaffner	m.	58	Posamenter	29. V.	7. VI.	gebess.		Herzhypertrophie.
12		Huber	m.	47	Taglöhner	3. IX.	10. I. 77	gebess.		
13		Bollinger	m.	49	Erdarbeiter	15. IV.	6. VIII. 77	gebess.	Digital. Scilla. Spec. diuret.	Herzhypertrophie, secundäre Nierenschrumpfung.
14		Lüscher	w.	31	Glätterin	8. I.	28. II.	ungeh.		
15		Bray	w.	53	Matratzenmacherin	13. IX.	3. X.	†		Cystenbildung in Nieren.
16	77	Eschger	m.	64	Knecht	17. XII.	21. XII.	†		Endocarditis, Fettdegenerat. d. Herzens, Lungenödem.
17		Mühlethaler	m.	38	Landmann	22. X.	28. XII.	ungeh.	Digitalis Scilla.	
18		Lüdin	w.	65	Hausfrau	20. III.	21. V.	†		Croupöse Pneumonie.
19		Auer	w.	29	Hausfrau	20. III.	7. V.	ungeh.		
20		Mangold	w.	43	Hausfrau	6. XII.	29. XII.	†	Digitalis	Vit. cord. Thromb. d. Unterleibsvenen, Lungeninfarct. 7 Geburten.
21		Müller	w.	33	Hausfrau	11. XII. 76	23. I. 77	gebess.		längere Zeit nach Scarlatina aufgetreten.
22		Hess	w.	33	Hausfrau	21. VI.	11. VII.	ungeh.		Viele Geburten durchgem.
23	78	Keller	m.	20	Schreiner	14. XI. 77	14. II. 78	gebess.		
24		Rickenbach	m.	48	Schreiner	7. I.	4. III.	gebess.	Tartar boraxat.	Emphysem.
25		Baldinger	m.	50	Maurer	17. I.	4. II.	gebess.		Schnapssäufer.
26		Mégros	m.	18	Kaufmann	19. I.	12. VI.	†	Tartar boraxat.	Pericarditis Pleuritis, Herzhypertrophie.
27		Bähler	m.	43	Posamenter	9. III.	9. V.	gebess.	Tartar boraxat.	Herzdegeneration.
28		Trösch	w.	26	Fabrikarbeiterin	25. I.	19. III.	gebess.	Kali bromat. Eisen.	Hysterie.
29		Meier	w.	44	Fabrikarbeiterin	6. III.	19. III.	ungeh.		Pleuritis.
30	79	Bürgin	w.	45	Hausfrau	28. V.	31. VII.	gebess.		
31		Dettwyler	w.	33	Fabrikarbeiterin	23. I.	5. IV.	gebess.		Pleuritis.
32	80	Scholl	m.	29	Bäcker	20. II.	7. VI.	ungeh.	Tart. boraxat. Spec. diuret.	
33		Bernhardt	m.	26	Mechaniker	15. III.	15. IV.	geheilt		Gingivit. croupos. als Vagant v. d. Polizei aufgegriffen.
34		Lüthi	w.	48	Fabrikarbeiterin	26. I.	9. III.	geheilt		Anämie.
35	81	Seiler	m.	25	Bahnarbeiter	23. XI. 80	9. IV. 81	†		
36		Strub	m.	34	Schneider	2. III.	28. IV.	†		Phtisis pulmon.
37		Sacchi	m.	55	Handlanger	11. IV.	10. V.	gebess.		
38		Heidolf	w.	70	Wäscherin	3. I.	12. VIII.	gebess.		Wurde d. 11. IV. entlassen u. d. 27. IV. wieder aufgen.

D. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchym. Nephrit bei Emphys. pulmon. Vitium cordis.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	78	Hilger	w.	66	Wittwe	21. I.	1. X.	†	Digitalis	Chron. Bronchialkatarrh Herzhypertrophie. Emphysem.
2		Hantschin	w.	57	Vorgängerin	31. X.	15. XI.	†	Digitalis	Endocarditis. Emphysem.
3	79	Burkhardt	w.	58	Fabrikarbeiterin	9. X.	24. XI.	gebess.		Emphysem.
4		Eglin	w.	56	Magd	11. X.	27. X.	gebess.		Emphysem. Bronchitis.
5	75	Kolb	w.	65	Hausfrau.	31. V.	6. VI.	†	Digitalis	Chron. Bronchit. Fettdegen. und Hypertroph. d. Herz. hæmorhag. Infarct d. Lung.
6	76	Schaffner	m.	59	Posamenter	14. IX.	13. XI.	gebess.	Digitalis	Insuffic. und Stenos d. Mitralis, Atherom d. Arterien, Apoplectiform. Anfälle.
7	80	Eglin	m.	35	Magazinirer	12. III.	13. III.	†	Digitalis	Insuffic. und Stenos d. Aorta. Rheumatism. articul. acut.
8		Gamper	w.	62	Hausfrau	2. IX.	12. XI.	gebess.	Digitalis. Tartar. boraxat.	Degenerat cordis.
9		Märki	w.	43	Magd	9. IX.	23. X.	gebess.	Digitalis	Degenerat cordis.
10		Bucherer	w.	58	Hausfrau	15. XI.	17. XI.	†	Digitalis	Insuffic. d. Mitralis, beginn. secund. Schrumpf. d. Niere.
11	81	Loisel	w.	63	Hausfrau	29. VII.	8. VIII.	†	Digitalis	Mitralinsufficienz. Fettdegen. u. Hypertrophie d. Herz. Thrombose d. Ven. savena u. hæmorrh. Infarct d. Lunge.

E. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchym. Nephritis bei genuiner Pneumonia crouposa und Pleuritis exsudativa.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Göpfert	w.	19	Haushälterin	29. XI.	28. XII.	geheilt		Pleurit. duplex. acut. Nephr.
2	76	Thommen	w.	39	Hausfrau	4. XII. 75	29. IV. 76	gebess.		Pneumon. croupos. Exacerb. einer chron. Nephritis.
3	77	Kramer	w.	37	Hausfrau	24. VIII.	16. X.	geheilt		Pneumonia croupos. subacut. Nephritis.
4	78	Ehrismann	w.	61	Putzerin	24. IV.	1. VII.	gebess.	Digitalis	Pleuritis. Phthis. pulmon. (Exacerb. e. chron. Nephr.?)

F. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchymatöser Nephritis bei Typhus abdominalis.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Dauer der Nephritis	Austritt	Resultat	Therapie aus d. gewöhnl. Behandl.	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Ganser	w.	38	Hausfrau	22. IX.	(24.X.—24.XI.)	24. XI.	geheilt		
2	76	Gede	m.	18	Schreiner	2. VIII.	(1. XI.—4. I.)	4. I. 77	geheilt		Erysipel.
3		Heuselmann	w.	13	Schülerin	30.IX.75	(3. XI.—30. XII.)	27. I. 76	geheilt		Pleurit. Exsudativ.
4	77	Bohny	w.	28	Fabrikarbeiterin	28. VI.	(15.VII.—25.VII)	9. VIII.	geheilt		
5		Müller	w.	18	Fabrikarbeiterin	29. VI.	(6.VII.—10.VII)	9. VIII.	geheilt		
6		Eich	w.	40	Vorgängerin	23. VIII.	(16. IX.—30. X.)	22. XI.	geheilt		
7		Schweikhardt	w.	42	Hausfrau	28. VIII.	(21. IX. —)	20. XI.	gebess.		Emphysem. Bronchit. Gallensteinkoliken. Typhusrecid.
8		Bühler	w.	19		4. IX.	(7. IX.—15.IX.)	20. X.	geheilt		
9		Ammann	w.	37	Köchin	13. VI.	(20.VI. —)	22. VI.	†		Urämie.
10	78	Uhrich	w.	18	Magd	27. V.	(27. V. —)	4. VI.	†		Hypostat. Pneumonie.
11		Knöpfler	w.	18	Schneiderin	8. VI.	? ?	29. VII.	geheilt		
12		Dold	w.	39	Köchin	28. VIII.	(28. VIII. —)	4. IX.	†	Tartar. boraxat.	Diphther. hypostat. Pneumon.
13		Bussinger	w.	33	Fabrikarbeiterin	26. VIII.	(29.VIII.-10. IX.)	21. IX.	geheilt		
14	80	Brunner	m.	35	Kaufmann	19. X. 79	(19 X.—23. III.)	23. III. 80	gebess.		Schon früher Nephrit. gehabt.
15		Plattner	m.	49	Milchmann	3. IV.	(3. IV.—15. IV.)	15. IV.	†		Lungengangræn.
16		Schmid	m.	48	Färber	28. IV.	(28. IV.—3. V.)	8. V.	†		
17		Vuillime	m.	28	Missionszögling	2. VII.	? ?	29. VII.	†		Hypostat. Pneumonie.
18		Neer	w.	25	Magd	21. IV.	(21. IV.—30. IV.)	31. V.	geheilt		
19		Belser	w.	38	Hausfrau	27. IV.	(28. IV.—10. V.)	7. VI.	geheilt	Digitalis	
20		Schiehle	w.	29	Köchin	12. IX.	(5. X. —)	7. X.	†		Darmblutung. Hypost. Pneum.
21		Munter	w.	40	Magd	23. IX.	(23. IX.—10 X).	2. XI.	geheilt	Digitalis	
22		Ruh	w.	36	Hausfrau	9. X.	(9 X.—17. XI.)	1. XII.	geheilt	Tartar. boraxat.	
23	81	Hohlinger	w.	19	Schneiderin	6. I.	(6. V.—3. VI.)	19. VII.	geheilt		Erysipel, Abscesse.
24		Braun	w.	19	Magd	2. IV.	(10. IV.—26. IV.)	17. V.	geheilt		
25		Grillon	w.	19	Schneiderin	4. IV.	(11. IV.—26. IV.)	28. V.	geheilt		
26		Fahr	w.	28	Magd	5. V.	(6. V.—10. V.)	11. VI.	geheilt		

G. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchymatöser Nephritis bei Scharlach.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Dauer der Nephritis	Austritt	Resultat	Therapie aus. d. gewöhnl. Behandl.	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Sütterlin	w.	10	—	17. VIII.	(1. IX.)	12. X.	geheilt		
2		Schärer	w.	25	Hausfrau	24. XI.	(27. XI.)	12. X.	geheilt		
3	75	Ofting	w.	23	Magd	10. VI.	(10. VI.)	5. VII.	geheilt		Scarlat. vor 3 Wochen begon.
4	76	Hunziker	w.	16	Schülerin	30. X.	(10. XI.)	16. XI.	†		
5	77	Streuber	m.	18	Schreiner	20. III.	(20. III.—16. IV.)	24. IV.	geheilt		Scarlat. vor 10 Tagen begon.
6		Kohlbrenner	m.	15	Maurerlehrling	3. IV.	(3. IV.)	5. V.	geheilt		Scarlat. vor einig. Woch. beg.
7		Zipfel	w.	19	Fabrikarbeiterin	27. III.	(2. IV.)	21. IV.	geheilt		Phthis. incip.; v. 5 Woch. Scarl.
8		Holzwarth	w.	9	Schülerin	9. I.	(22. I.)	22. II.	geheilt		
9		Scheidegger	w.	37	Magd	31. VIII.	(7.—10. IX.)	23. IX.	geheilt		
10		Meyer	w.	10	Schülerin	17. IV.	(17. IV.)	18. IV.	†		Vitium Cordis.
11		Vogt	w.	17	Ausläuferin	5. VI.		28. VI.	†		Uræmie.
12		Umhofer	w.	21	Magd	1. VIII.	(4.—16. VIII.)	21. VIII.	geheilt		
13		Reichert	w.	17	—	10. XII. 76	(25. XII.—20. I.)	17. II. 77	geheilt	Digitalis.	
14		Gass	w.	15	Schülerin	19. XI. 76	(7.—21. XII.)	13. I. 77	geheilt		
15	79	Schneider	m.	11	Schüler	29. V.	(29. V.—3. VI.)	3. VI.	†		Uræmie, Scarl. v. 3½ Woch.
16		Braun	m.	21	Locomotivheizer	11. X.	(3.—8 XI.)	18. XII.	geheilt		
17		Regennass	w.	39	Hausfrau	1. IV.	(9.—12. IV.)	24. IV.	geheilt		
18	80	Woog	m.	30	Buchdrucker	21. V.	(21. V.—5. VI.)	9. VI.	geheilt		
19		Ott	m.	12	Schüler	12. VII.	(12. VII-18. VII)	11. VIII.	geheilt		Lungencœd. Scarl. v. 4 Wochen.
20		Gloor	w.	4	—	3. V.	(23. V.)	5. VI.	geheilt		

H. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchymatöser Nephritis bei Diphteritis fauc. et laringis.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	75	Welchli	m.	58	Schreiner	8. IV.	13. IV.	†		Gangrän der linken Lunge. Embolische Abscesse der Nieren.
2		Weber	w.	8	Schülerin	3. VIII.	8. VIII.	†	Natron salicyl.	
3	80	Gräsli	w.	19	Köchin	11. XI.	22. XI.	geheilt	Natron salicyl.	
4		Wittwer	w.	15	Fabrikarbeiterin	9. V.	20. VI.	geheilt		Angina phlegmonosa.

I. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchymatöser Nephritis bei Erysipel.

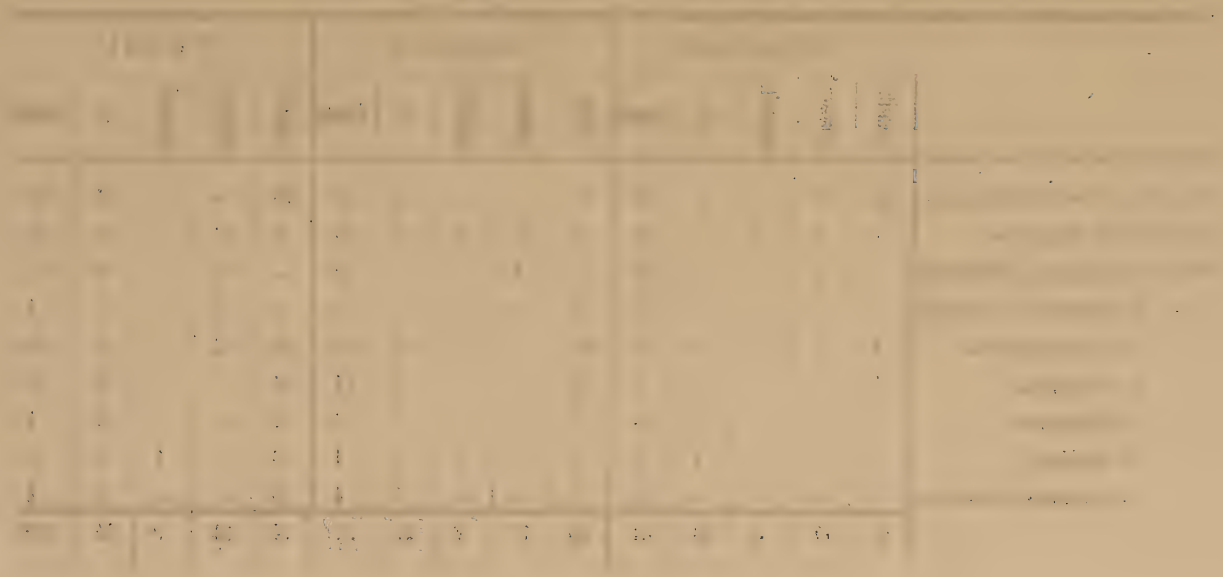
Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie aus. d. gewöhnl. Behandl.	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Plüss	w.	36	Fabrikarbeiterin	25. IV.	17. VII.	ungeh.	Tartar. depurat.	
2		Meier	w.	59	Näherin	11. V.	13. VII.	†		
3	75	Kappelmann	m.	24	Schlosser	18. VI. (22. VI.—8. VII.)	17. VII.	geheilt		
4	79	Maurer	w.	25	Hausfrau	23. V. (24. V.—28. VI.)	28. VI.	geheilt		
5	80	Speiser	m.	30	Schlosser	13. VII.	14. VII.	†		Lungenödem.
6		Moser	w.	23	Winderin	28. X. (2. XI.—16. XI.)	7. XII.	geheilt		

K. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchymatöser Nephritis bei puerperalen Processen.

Nr.	Jahrgang	Name	Geschlecht	Alter	Stand	Eintritt	Austritt	Resultat	Therapie ausser der gewöhnlichen Behandlung	Bemerkungen über Aetiologie, Complicationen &c.
1	74	Baumann	w.	20	Hausfrau	18. XII. 73	11. I. 74	†		Parametrit. u. Peritonit puerperalis Thrombose d. Vena femoral. sinistra. Endocarditis ulcerosa.
2	75	Ettlin	w.	34	Hausfrau	26. V.	12. VII.	geheilt		Post partum.
3		Börlin	w.	32	Hausfrau	28. VI.	2. XI.	geheilt		Parametritis.
4	77	von Dack	w.	33	Hausfrau	6. VIII.	9. IX.	geheilt		Hysterie Parametritis.

L. Resultate nach Krankheiten geordnet.

	Männer					Weiber					Total				
	geheilt	gebessert	ungeheilt	†	Total	geheilt	gebessert	ungeheilt	†	Total	geheilt	gebessert	ungeheilt	†	Total
Acute u. subacute Nephritis	13	6	—	8	27	15	—	—	3	18	28	6	—	11	45
Chronische Nephritis	1	9	3	5	18	2	10	5	3	20	3	19	8	8	38
Nephr. b. Emphys. u. Herzfehl.	—	1	—	1	2	—	4	—	5	9	—	5	—	6	11
- b. Pneumon. u. Pleurit.	—	—	—	—	—	2	2	—	—	4	2	2	—	—	4
- b. Typhus abdom.	1	1	—	3	5	16	1	—	4	21	17	2	—	7	26
- b. Scarlatina	5	—	—	1	6	11	—	—	3	14	16	—	—	4	20
- b. Diphtherie	—	—	—	1	1	2	—	—	1	3	2	—	—	2	4
- b. Erysipel	1	—	—	1	2	2	—	1	1	4	3	—	1	2	6
- b. puerperal. Processen	—	—	—	—	—	3	—	—	1	4	3	—	—	1	4
	21	17	3	20	61	53	17	6	21	97	74	34	9	41	158



M. Heilerfolge nach Alter geordnet.

Alter	Geheilt			Gebessert			Ungeheilt			Gestorben			Total		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1–5	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
6–10	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	4	4
11–15	2	4	6	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	4	7
16–20	5	11	16	2	—	2	—	—	—	2	5	7	9	16	25
21–25	2	11	13	1	—	1	—	—	—	3	1	4	6	12	18
26–30	5	5	10	—	3	3	1	1	2	4	—	4	10	9	19
31–35	3	4	7	3	3	6	—	2	2	3	—	3	9	9	18
36–40	2	10	12	1	1	2	1	1	2	1	3	4	5	15	20
41–45	1	—	1	1	3	4	—	1	1	1	1	2	3	5	8
46–50	1	4	5	5	—	5	—	—	—	2	1	3	8	5	13
51–55	—	—	—	2	—	2	1	1	2	1	1	2	4	2	6
56–60	—	—	—	2	2	4	—	—	—	1	3	4	3	5	8
61–65	—	—	—	—	3	3	—	—	—	1	3	4	1	6	7
66–70	—	1	1	—	2	2	—	—	—	—	1	1	—	4	4
	21	53	74	17	17	34	3	6	9	20	21	41	61	97	158

N. Tabellarische Zusammenstellung aller Fälle nach Alter von 5 zu 5 Jahren.

Alter	Acute u. subacute Nephritis			Chron. Nephritis			Nephritis bei Emphys. u. Herzf.			Nephritis bei Pneum. u. Pleur.			Nephritis bei Typhus			Nephritis bei Scarlatina			Nephritis bei Diphtheritis			Nephritis bei Erysipel			Nephritis bei puerper. Process.			Total		Summa
	m.	w.	zs.	m.	w.	zs	m.	w.	zs	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w	zs.	m.	w	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	
1—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
6—10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—		4	4
11—15	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	4	7
16—20	5	2	7	2	—	2	—	—	—	—	1	1	1	7	8	1	4	5	—	1	1	—		—	—	1	1	9	16	25
21—25	3	5	8	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3	4	—	—	—	1	2	3	—	1	1	6	12	18
26—30	4	2	6	3	5	8	—	—	—	—	—	—	1	2	3	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	10	9	19
31—35	5	1	6	2	5	7	1	—	1	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	9	9	18
36—40	4	3	7	1	—	1	—	—	—	—	2	2	—	7	7	—	2	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	5	15	20
41—45	2	—	2	1	3	4	—	1	1	—	—		—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	8
46—50	2	3	5	4	1	5	—	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5	13
51—55	2	—	2	2	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6
56—60	—	—	—	1	—	1	1	4	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	3	5	8
61—65	—	—	—	1	2	3	—	3	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	7
66—70	—	1	1	—	2	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4
	27	18	45	18	20	38	2	9	11	—	4	4	5	21	26	6	14	20	1	3	4	2	4	6	—	4	4	61	97	158

0. Tabellarische Zusammenstellung der Fälle von parenchymatöser Nephritis nach Alter und Heilerfolg.

Alter	Resultat	Acute u. subacute Nephritis			Chron. Nephritis			Nephritis bei Emphys. u. Herzf.			Nephritis bei Pneum. u. Pleur.			Nephritis bei Typhus abdom.			Nephritis bei Scarlatina			Nephritis bei Diphtheritis			Nephritis bei Erysipel			Nephritis bei puerper. Process.			Total		
		m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.	m.	w.	zs.
1—10	geheilt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
	gestorb.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2
11—15	geheilt	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	4	6
	gebess.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
16—20	geheilt	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	6	7	1	2	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	5	11	16
	gebess.	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	1	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	5	7
21—25	geheilt	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3	4	—	—	—	1	2	3	—	1	1	2	11	13
	gebess.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	2	1	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
26—30	geheilt	3	2	5	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	10
	gebess.	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
	ungeh.	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
	gestorb.	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	4	—	4
31—35	geheilt	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	4	7
	gebess.	1	—	1	1	3	4	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	6
	ungeh.	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
	gestorb.	1	—	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3

	gestorb.	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4
41—45	geheilt	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	gebess.	—	—	—	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4
	ungeh.	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	gestorb.	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
46—50	geheilt	1	3	4	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	5
	gebess.	1	—	1	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	5
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3
51—55	geheilt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gebess.	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	ungeh.	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
	gestorb.	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
56—60	geheilt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gebess.	—	—	—	1	—	1	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	1	3	4
61—65	geheilt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gebess.	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	—	—	—	1	1	2	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4
66—70	geheilt	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	gebess.	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
	ungeh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	gestorb.	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1